



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em **Psicologia Clínica e da Saúde**.

Ana Louro Pereira



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: Centro de Solidariedade
Social de Braga - Projeto Homem

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Ana Louro Pereira

Sob a Orientação de Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014

*“São todos maus descobridores, os que pensam que não há terra quando conseguem
ver apenas o mar”.* Francis Bacon (s.d)

AGRADECIMENTOS

Depois de uma longa caminhada, este relatório de estágio é o culminar de um longo percurso académico onde existiram momentos maus mas também de alegria entretanto ultrapassados no decorrer de diversos obstáculos impostos ao longo do seu caminho. Apesar de se tratar de um trabalho e de um percurso individual foram muitos os que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

Assim, agradeço antes de mais à minha *MÃE* e ao meu *PAI*, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio e Amor incondicional, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo de todos estes anos, sem eles tudo isto teria sido impossível. Obrigado a eles, por terem estado sempre presentes, por ouvirem os meus desabafos e frustrações e obrigado pelo ânimo e palavras de encorajamento em alturas de menor resistência.

À minha família, amigos e colegas, cuja resiliência e vivências criativas me inspiram a ser uma pessoa melhor.

À Dra. Aldina Martins pela coorientação do estágio, com ela fez-me valer a célebre frase que se encontra nos jardins da Comunidade “*Amizade desenvolve a Felicidade, reduz o nosso Sofrimento, duplica a nossa alegria e divide a nossa dor...*” Renascer (2012), e à Prof.^a Dra. Eleonora Cunha, sem o auxílio das quais teria sido impossível a realização deste percurso, por todo o apoio e por todos os conhecimentos que me foram transmitidos.

Ao Centro de Solidariedade Social de Braga, Projeto Homem, por tão bem e carinhosamente me receberem e me permitirem contactar com a realidade concreta dos serviços de apoio prestados a indivíduos em fase de tratamento da toxicodependência. Pelos momentos vivenciados e partilhados, foi muito gratificante trabalhar convosco.

Um especial obrigado a todos os utentes que tive o orgulho de conhecer e acompanhar ao longo de todo este caminho, que após um longo dia de trabalho, diariamente me recebiam com um abraço, um sorriso e um “obrigado”. Um “obrigado” que me enchia o coração de força, energia e de coragem para toda esta nova etapa da minha vida.

A todos, o meu profundo e eterno Agradecimento!

RESUMO

O presente relatório documenta as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular referente ao segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga. O estágio decorreu no Centro de Solidariedade Social de Braga, Projeto Homem, na valência da Comunidade Terapêutica. O estágio é um processo de aprendizagem indispensável para os profissionais estarem aptos a enfrentar os desafios da profissão. Assim, o estágio curricular teve como objetivo aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuir para a aquisição de experiência e competências profissionais, refletir sobre as práticas e as aprendizagens no contato com a realidade e promover a formação ética alicerçada com a componente teórica. O relatório está organizado em três partes: caracterização do contexto institucional; atividades de estágio; reflexão final sobre as competências e conhecimentos adquiridos.

Palavras-Chave: Psicologia, Estágio Curricular, Comunidade Terapêutica, Projeto Homem.

ABSTRACT

This report documents the activities undertaken under the internship for the second year of the Master Degree in Clinical and Health Psychology in Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga. The internship was held in Centro de Solidariedade Social de Braga, Projeto Homem, at valence of Comunidade Terapêutica. The internship is a learning process necessary for professionals to be prepared to face the challenges of the profession. Thus, the curricular aim was to apply the theoretical knowledge acquired during the course, contribute to the acquisition of experience and skills, reflect on practices and learning in contact with reality and promote the ethical education grounded in the theoretical component. The report is organized into three parts: characterization of the institutional context, internship activities, final reflection on the skills and knowledge acquired.

Key-words: Psychology, Curricular Internship, Comunidade Terapêutica, Projeto Homem.

Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	III
Índice Geral	IV
Índice de Quadros	VI
Índice de Anexos	VII
Acrónimos	IX

PARTE I: CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL E DO PAPEL DO PSICÓLOGO

1.1. Caraterização do Contexto Institucional.....	1
1.2. Comunidade Terapêutica.....	3
1.3. População-Alvo	4
1.4. Descrição do Contexto e do Papel do Psicólogo	5

PARTE II: ATIVIDADES REALIZADAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

2.1. Avaliação das Necessidades	8
2.2. Caraterização da Observação.....	9
2.2.1. Observação dos Acompanhamentos Psicológicos e Anamneses	10
2.2.2. Observação dos Setores	11
2.2.3. Observação dos Grupos de Autoajuda	11
2.2.4. Observação dos Grupos de Sentimentos	12
2.2.5. Observação dos Grupos de Confronto de Fim-de-Semana	12
2.2.6. Observação dos Grupos de Revisão de Fim-de-semana.....	12
2.2.7. Observação de Grupos de Setores	13
2.2.8. Observação dos Grupos de Habilidades Sociais	13
2.2.9. Observação dos Grupos de Prevenção de Recaída.....	13
2.2.10. Observação dos Seminários.....	14
2.2.11. Observação dos “encontros da manhã”	14
2.3. Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica.....	14
2.4. Instrumentos utilizados na Avaliação Psicológica	14
2.5. Casos Clínicos	15
2.5.1. Caso clínico - Estudo de Caso/ Concetualização de um caso clínico “JD”	15
2.5.2. Caso “S.”	29

2.5.3. Caso “M.”	31
2.5.4. Caso “AV”	34
2.5.5. Caso “F.”	36
2.5.6. Caso “PN”	38
2.5.7. Caso “JB”	41
2.6. Intervenção em Grupo	43
2.6.1. Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo	44
2.6.2. População-Alvo	47
2.6.3. Objetivos da Intervenção em Grupo	47
2.6.4. Estrutura do Programa	48
2.6.5. Estratégias utilizadas na Intervenção em Grupo	48
2.6.6. Estratégias de Avaliação	49
2.6.7. Avaliação da Intervenção em Grupo	49
2.7. Atividade da Ação de Formação: “Emoções e Sentimentos”	49
2.7.1. Fundamentação Teórica da Ação de Formação	50
2.7.2. Objetivos da Ação de Formação	52
2.7.3. Plano de Sessão da Ação de Formação	52
2.7.4. Avaliação dos Resultados da Ação de Formação	53
PARTE III: REFLEXÃO FINAL SOBRE O ESTÁGIO CURRICULAR	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	63

Índice de Quadros

Quadro 1. Instrumentos de Avaliação Psicológica/ Psicométrica	15
---	----

Índice de Anexos

Anexo I: Organigrama do Centro de Solidariedade Social de Braga – Projeto Homem

Anexo II: Cronograma do Centro de Solidariedade Social de Braga – Projeto Homem

Anexo III: Normas da valência da Comunidade Terapêutica

Anexo IV: Estrutura do diário de estágio

Anexo V: Grelha de observação

Anexo VI: Programação de um dia da Comunidade Terapêutica

Anexo VII: Instrumentos de Avaliação Psicológica/ Psicométrica

Anexo VIII: Modelo de Anamnese (pessoal) – CSSB - PH

Anexo IX: Ficha de Avaliação - Álcool

Anexo X: Caso Clínico “S.”

Anexo XI: Caso Clínico “M.”

Anexo XII: Caso Clínico “AV”

Anexo XIII: Caso Clínico “F.”

Anexo XIV: Caso Clínico “PN”

Anexo XV: Caso Clínico “JB”

Anexo XVI: Folha de Registo de Acompanhamento Psicológico

Anexo XVII: Manual do Programa de Treino de Habilidades Sociais (PTHS)

Anexo XVIII: Material anexo do Manual do PTHS

Sessão I

Folha de Contrato

Ficha de Recordação

Folha de Registo

Power Point Apresentação do PTHS

Sessão II

Power Point “A Comunicação”

Grelha de Registo

Cartões Expressões Faciais

Cartões Posturas Corporais

“Que Emoções? Que Sentimentos?”

Ficha de Recordação

Sessão III

Folha de Instruções

Ficha de Recordação

Sessão IV

Ficha de Recordação

Sessão V

Power Point “Estilos de Comunicação”

Ficha de Recordação

Sessão VI

Cartões

Ficha de Avaliação Intermédia

Ficha de Recordação

Sessão VII

História do Ricardo

Ficha de Recordação

Sessão VIII

Ficha “Detetive em ação”

Ficha “Atividade de Resolução de Problemas”

Ficha de Recordação

Sessão IX

Ficha de Recordação

Sessão X

Ficha de Avaliação Final do PTHS

Sessão de Relaxamento

Ficha de Recordação

Prémio

“A minha capa”

Anexo IXX: Plano do PTHS

Anexo XX: Folheto do PTHS

Anexo XXI: Entrevista semi-estruturada do PTHS

Anexo XXII: Inventário de Habilidades Sociais (IHS – *Del-Prette*)

Anexo XXIII: *Power Point* Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Anexo XXIV: Estrutura/ Plano da Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Anexo XXV: Questionário de avaliação da Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Anexo XXVI: Certificado de Formação

Anexo XXVII: Vídeos Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Acrónimos

CSSB-PH – Centro de Solidariedade Social de Braga – Projeto Homem

PH – Projeto Homem

CT – Comunidade Terapêutica

RS – Reinserção Social

A-CD – Acolhimento/ Centro de Dia

THS – Treino de Habilidades Sociais

PTHS – Programa de Treino de Habilidades Sociais

HS – Habilidades Sociais

PARTE I: CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL E DO PAPEL DO PSICÓLOGO

1.1. Caraterização do Contexto Institucional

O presente estágio decorreu no Centro de Solidariedade Social de Braga, Projeto Homem (CSSB–PH). Consiste num programa terapêutico-educativo para toxicodependentes, que teve origem em Itália e que só mais tarde chegou a Portugal com o intuito de ajudar os toxicodependentes a livrarem-se da droga.

Surgiu em Roma em 1979 com vista na autoajuda e no voluntariado. Mais tarde, em 1984, uma equipa terapêutica, formada também em Roma, abriu o Centro de Acolhimento do Projeto Homem de Madrid. Hoje existem 50 centros em Itália e 30 em Espanha.

O Programa Terapêutico do Centro Italiano de Solidariedade quer colocar, frente à droga, o homem como centro das atenções, como protagonista da sua própria existência, livre de toda a escravidão ou dependência, pelo que o seu nome não foi escolhido ao acaso. Mais do que um método ou uma simples terapia de reabilitação, é uma proposta de vida, uma tentativa de reafirmação com testemunhos concretos do valor, do amor, da solidariedade e em busca da própria identidade, anteriormente perdida (Picchi, 1991).

No Projeto Homem (PH) há um caminho orientado para o ser e não para o ter, ajudando e convencendo o homem de que vale a pena acreditar numa vida livre de drogas.

Atualmente, o PH está dividido em três fases que se complementam entre si: Acolhimento/ Centro de Dia (A-CD), Comunidade Terapêutica (CT) e Reinserção Social (RS), sendo que a cura do toxicodependente só é entendida para além do fim da dependência, apenas quando alcançada a estabilidade familiar e social.

O PH tem como modelo, o Programa Educativo-Terapêutico, Bio-Psico-Social, de cariz humanista, estruturado na Logoterapia e na Análise Transacional. Este percurso tem subjacente um conceito denominado “recuperação bio-psico-social”, uma vez que são essas as três vertentes sobre as quais o trabalho da equipa de terapeutas incide: corpo, mente e relação com o próximo (Picchi, 1991).

A constituição do programa sofreu alterações desde há pouco tempo, tendo-lhe sido retirada a fase de acolhimento. Agora, os utentes entram diretamente na CT, onde passam por duas fases: a fase da motivação e a do autoconhecimento (Picchi, 1991).

A CT funciona em regime de internamento com duração de 10 a 12 meses.

Assim, a CT visa desenvolver um trabalho de autoconhecimento e crescimento pessoal em áreas distintas: comportamental, cognitiva, emocional/ afetiva, existencial e prevenção de recaídas, executado nas duas fases já expostas.

A fase da motivação tem como objetivos a tomada de consciência da necessidade de desenvolver um processo terapêutico, tanto a nível pessoal, como social e familiar; reconhecer e assumir a realidade pessoal; identificar dificuldades para serem trabalhadas; desenvolver a capacidade de funcionar em grupo e sensibilizar para a importância/ necessidade de valores éticos e morais. No que respeita à fase do autoconhecimento, tem como objetivos a promoção da auto-avaliação, do autoconhecimento e da autorresponsabilização; a promoção do crescimento psico-afetivo; o controlo dos comportamentos individuais; o aumento da percepção de autoeficácia, autoconfiança e da autoestima. Nestas duas fases existem atividades comuns a todos os utentes e também intervenções individuais, sendo estruturadas em função das necessidades identificadas diariamente por cada utente.

A última fase, a RS, funciona em regime residencial e em regime ambulatorio, tem a duração de aproximadamente nove meses, tendo como objetivos a integração sócio-cultural; integração sócio-laboral e a autonomia progressiva. A RS é constituída por três fases: A, B e C. A fase A, diz respeito ao regime residencial, onde existe uma introdução progressiva na realidade, nas áreas dos afetos, tempo livre, laboral, família e amigos. Trabalham a aquisição de autoconfiança e capacidade de afirmação pessoal, tendo em conta a sua realidade, reduzem a pressão e a dependência da estrutura, para uma convivência adulta, mantendo-se em estreita cooperação, para que consiga assumir uma total responsabilidade pessoal. Na fase B, início do regime ambulatorio, promove-se a integração ativa através do trabalho, estudo e/ ou formação profissional, gestão e administração financeiras. Aumenta-se a realocização, promove-se o alcance de uma vivência afetiva equilibrada entre sentimentos, expectativas e realidade. Desenvolve-se a capacidade de solucionar os problemas que vão aparecendo, com uma tomada de decisão autónoma e coerente com a realidade. Por fim, elabora-se a planificação e programação a curto prazo, definição progressiva de metas, de uma escala de valores e de um estilo de vida autónomo. No que respeita à última fase de todo o processo, fase C, existe uma verificação de todo o processo, e favorece-se a desvinculação terapêutica, sendo o desenvolvimento da autonomia e independência o ponto crucial. Nesta última fase, é menor a proteção e o apoio por parte do programa, em relação ao utente. Na RS, todas as atividades planeadas são comuns a todos os utentes que integram a respetiva fase (A, B e C).

Concluindo, o CSSB-PH, encontra-se estruturado nos princípios do respeito pela capacidade e pela personalidade toxicodependente enquanto pessoa, atuando nos reais valores da vida, tendo até agora atingido resultados bastante positivos e percentagens de sucesso que causam admiração e aprovação por parte da maioria das entidades governamentais e privadas. Como tal, apresenta como filosofia um programa livre de drogas, situando o problema da

droga na pessoa que está por detrás da substância e procurando propiciar a todos os indivíduos uma mudança no seu modo de vida, através da abstinência de substâncias, na eliminação de comportamentos antissociais, na aquisição de um sistema de valores, no ajustamento ao meio exterior e reintegração no mundo laboral.

1.2. Comunidade Terapêutica

Entre as valências existentes no CSSB-PH, este estágio realizou-se junto da CT que se encontra sedado na Estrada da Falperra, em Braga.

A valência da CT constitui uma fase muito peculiar do projeto, com características singulares e muito próprias, realizando-se em regime de internamento e prolongando-se, em geral, durante cerca de um ano, sensivelmente, pois “cada caso é um caso”. Trata-se da valência mais fechada, de maior isolamento social e familiar, revelando-se por isso, muito intensa, precisamente por todo o trabalho e entrega que é exigida ao utente. A sua principal finalidade passa pela promoção do conhecimento pessoal, ou seja, um aperfeiçoamento do conceito de si mesmo, da plena autoconsciência e de uma projeção para o futuro (Picchi, 1991). Nesta fase, o utente deve aprender a viver em grupo, em conjunto com outros utentes, uma vez que os espaços são partilhados com os restantes utentes que se encontram em CT.

Na CT é trabalhada a vida de relação, a história pessoal e a área emocional, de forma a promover a motivação e o sentido para uma mudança de vida.

O seu objetivo geral consiste em desenvolver um trabalho de autoconhecimento e crescimento pessoal em diferentes áreas: Comportamental - Substituir os comportamentos autodestrutivos por outros socialmente aceites; Cognitivo - Desenvolver mecanismos que possibilitem uma análise objetiva das situações problemáticas, aumentando a perceção de autoeficácia e autoconfiança; Emocional/ Afetivo - Aprender a identificar e a gerir as emoções, a desenvolver a capacidade de autocontrolo, a dar e receber afetos na relação com os outros; Existencial - Experimentar um estilo de vida assente nos valores com objetivo de alcançar uma perceção mais positiva de si próprio e dos outros; Prevenção de recaídas - Identificar as áreas de risco e desenvolver um conjunto de estratégias para que o utente possa combatê-las de forma assertiva e sem pôr em causa a sua reabilitação/ reintegração.

A CT opera em regime de internamento onde o contato com o exterior é menor e tem uma duração prevista de 10 a 12 meses, com capacidade para 60 utentes, acolhe homens, mulheres e jovens, com a problemática da toxicod dependência e do alcoolismo. Contudo, quando chegam à instituição os utentes já não consomem. Todos os elementos estão divididos durante o dia em setores. Existem sete setores: interno, externo, cozinha, horta, lavandaria,

obras e setor administrativo (ADM). Todos eles são distribuídos tendo em conta as necessidades internas dos utentes, sendo esta avaliação feita pelos terapeutas e a divisão pelos locais, também. Deste modo, não existem funcionários, uma vez que são os próprios utentes que fazem as lidas domésticas e todos os trabalhos necessários dentro da CT.

Para o acompanhamento dos utentes existe uma equipa multidisciplinar de terapeutas, entre eles, Psicólogos. A terapia decorre cerca de um ano sensivelmente, sendo que, nos primeiros três meses não têm visitas, posteriormente e de forma gradual, começam a ir a casa e a poder ter visitas.

Todos os elementos da CT estão divididos em grupos: um grupo de alcoólicos, um de jovens, um grupo em fase de motivação e três em fase de autoconhecimento. A fase da motivação “*Grupo Lua*” é a primeira fase em que os utentes toxicodependentes são inseridos e tem, como principal função, fazer com que os utentes tomem consciência da necessidade de desenvolverem um processo terapêutico. Tomam consciência da sua realidade pessoal e identificam as suas dificuldades, limitações e potencialidades. Nesta fase, é expectável que os utentes cooperem e se guiem por valores éticos e morais, para além, de realizarem trabalhos específicos, como sessões de terapia individual. Saídos do “*Grupo Lua*”, passam para a fase de autoconhecimento, podendo transitar para qualquer um dos grupos desta fase, “*Alpha*”, “*Renascer*” ou “*Mudança*”. Estes grupos têm como objetivos, a autoavaliação, o autoconhecimento e a autorresponsabilização. Pretende-se a reconstrução da personalidade do indivíduo; a melhoria das relações interpessoais; o desenvolvimento de uma escala de valores que orientam o comportamento do utente e o aumento da autoestima.

Estes indivíduos recorrem normalmente à instituição com a finalidade de deixarem o consumo para, recuperar a família, o emprego, para tentar eliminar o preconceito que lhes foi marcado pela situação de consumo dependente. Muitos deles recorrem por uma questão judicial, ou seja, para verem reduzida a pena imposta pelo tribunal. Os dependentes apresentam, todavia, muita negação da doença e tendem a atribuir as causas dos seus comportamentos a algo externo (Pereira, 1999).

A equipa terapêutica da CT tendo em vista o seu carácter multidisciplinar é constituída por três psicólogos, três educadores sociais e dois técnicos superiores de educação, que acumulam diversas funções dentro da instituição. É também auxiliada por três monitores.

1.3. População-Alvo

O serviço do CSSB-PH destina-se a homens/mulheres e atualmente a jovens que tenham problemas a nível da toxicodependência e do alcoolismo, com a finalidade de reabilitação,

tendo por base um processo terapêutico/ educacional. O CSSB - PH é o primeiro centro a emergir em Portugal, sendo uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos e com a qual o Instituto da Droga e da Toxicodependência estabeleceu protocolos, tendo camas convencionadas para os utentes que são encaminhados pelo tribunal. O seu público-alvo são pessoas dependentes de droga, pelo que o programa integra utentes tanto do sexo masculino como do feminino, embora se tenha constatado ao longo do estágio, que a sua população é maioritariamente masculina. Apresentando-se como um “programa livre de drogas”, o programa terapêutico-educativo do PH insiste e aposta nas capacidades do indivíduo para enfrentar os seus medos e fragilidades, de modo a que este recupere não só a sua dignidade mas também, a sua liberdade e a alegria de viver, pois a filosofia que o conduz situa a problemática da toxicodependência na pessoa, assumindo o próprio indivíduo como o protagonista da sua própria existência.

1.4. Descrição do Contexto e do Papel do Psicólogo

A toxicodependência é atualmente considerada uma problemática de saúde pública, que abrange toda a sociedade, desde homens a mulheres de diferentes idades e classes sociais. Representa um fenómeno universal em ascensão, afetando centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. Em território nacional, estudos recentes evidenciam números alarmantes relativamente ao consumo de substâncias aditivas (IDT, 2009).

A toxicodependência relacionada com substâncias psicoativas, causa prejuízos e complicações graves que resultam numa deterioração da saúde geral do indivíduo e produzem efeitos negativos no contexto pessoal, social e profissional. Para além de alterações ao nível perceptivo, emocional, psíquico e comportamental, esta problemática também é caracterizada pela mudança progressiva da escala de valores do indivíduo, onde o consumo de drogas se torna num valor de bem-estar e de felicidade (Repetto & Santos, 1985).

A dependência química pode ser definida como um estado psíquico e físico que inclui sempre uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crónicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento (OMS, 1999). De facto, o indivíduo dependente sofre, em diversas áreas, as consequências dos seus atos, tanto a nível das suas relações (pessoais e familiares) como também no mundo laboral com a possível perda do posto de trabalho. Importante será referir, a negação do seu próprio “Eu”, bem como as consequências ao nível da saúde e da própria autoestima. A dependência das drogas conduz portanto, a uma degradação do indivíduo no mundo que o rodeia, na relação com os outros e com o meio envolvente, em especial, aquela que é o seu suporte existencial, a família. O

próprio indivíduo sofre no mais profundo do seu “Eu”, pois deixa de ter capacidades emocionais (e.g. prazer; amor), capazes de o levar ao envolvimento com o “outro” que não se encontra envolvido no seu mundo, o da toxicodependência (Ló, 2007).

Neste sentido, verifica-se que esta problemática afeta o indivíduo em várias dimensões, nomeadamente, afetivas, cognitivas e comportamentais (Martins & Jesus, 2003).

Deste modo, cabe ao psicólogo clínico e da saúde, na sua prática profissional, assegurar uma avaliação rigorosa, fomentar a promoção e manutenção do bem-estar físico e psicológico do indivíduo, a prevenção do mau funcionamento físico e psíquico e delinear estratégias de intervenção eficazes nos problemas que lhe são apresentados (Ribeiro, 1997).

Martin-Baró (1998), recorda-nos, a propósito, que o papel profissional do psicólogo deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender.

É nesta linha orientadora de revisão da literatura que o PH se baseia e conduz, tendo um Programa Educativo-Terapêutico para a recuperação da toxicodependência e do alcoolismo, partindo do pressuposto de que a pessoa é protagonista da sua própria vida. Todos os técnicos são igualmente importantes, isto é, uma equipa multidisciplinar essencial para este tipo de programa. No entanto, a área da psicologia é a base, uma vez que os preceitos básicos do programa assentam em diferentes correntes desta área. Todo o trabalho é feito com pessoas desestruturadas a vários níveis, nomeadamente o cognitivo, comportamental e afetivo.

Todo o trabalho efetuado tem como ponto de partida, a corrente humanista à luz de um modelo bio-psico-social, numa dinâmica contínua de autoajuda, sendo que as referências da Psicologia Humanista são contínuas e muito variáveis ao longo de todo o processo. Este modelo, utilizado na CT, vai de encontro aos pressupostos da filosofia humanista, que defende que o ser humano é capaz, por si só, de descobrir os esquemas errados e corrigi-los. No entanto, existe um ambiente facilitador fundamental, baseado sobretudo na compreensão incondicional que o programa tenta proporcionar na vivência da comunidade e que implica a confiança e a partilha entre os membros que fazem parte do processo terapêutico, incluindo os terapeutas. A função de todos, incluindo o psicólogo, é fundamentalmente não diretiva, com o objetivo de permitir que o próprio grupo desenvolva a sua dinâmica, sobretudo no que concerne ao trabalho de expressão de sentimentos. Neste aspeto, a ajuda do terapeuta surge sobretudo ao nível da diferenciação emocional. Este aspeto é muito evidente no trabalho que se realiza na CT.

Outro aspeto que se retirou da vertente Humanista, mais precisamente, da Teoria Centrada da Pessoa, é o papel da relação terapêutica que assenta na relação de proximidade e

onde o terapeuta tem a preocupação de ser genuíno, exigindo o mesmo esforço ao utente como premissa fundamental para o sucesso do tratamento terapêutico.

E é neste sentido, que em CT, o psicólogo é membro constituinte de equipas multidisciplinares que atuam de forma a melhorar e capacitar os utentes, de competências para uma vida em sociedade, tornando-se fundamental que o psicólogo possua capacidades para trabalhar e intervir especificamente nos processos de crescimento pessoal, na melhoria da autoestima, conhecimento pessoal, identificação e expressão de sentimentos, na promoção das relações interpessoais e modificação dos padrões de relacionamento, bem como desenvolver capacidades na gestão e resolução de conflitos. Existem ainda as dinâmicas em grupo. Nestas dinâmicas, o psicólogo recolhe as informações mnésicas de todos os utentes, faz acompanhamentos individuais, aos quais se denominam de “colóquios”, fazendo-se posteriormente um registo e a respetiva intervenção. Promove “seminários” (ações de formação), terapias em grupo, desenvolve-se junto dos utentes uma série de atividades psicoeducativas que os ajudam a aumentar a motivação e a desenvolver o autoconhecimento, isto é, o que o paciente fez de errado no passado, o que pode fazer melhor hoje e o que poderá fazer no futuro. Executa com eles um trabalho com vista ao crescimento pessoal e posteriormente a uma autonomia, trabalhando várias áreas, tais como, comportamental, cognitiva, emocional, afetiva, existencial e por fim e não menos importante, a prevenção de recaída. Acompanha todos os utentes relativamente às tarefas que cada um tem que executar, uma vez que estão divididos em setores e têm de cumprir com o dever deles na CT. Intervêm também junto das famílias ou pessoas mais próximas, denominadas de “acompanhantes”, quando necessário. Desta forma, o indivíduo submetido ao programa terapêutico torna-se capaz de se integrar em sociedade e adaptar-se a uma nova realidade, de forma adequada, autónoma e produtiva.

PARTE II: ATIVIDADES REALIZADAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Durante a experiência de estágio foram desenvolvidas várias atividades, desde as exigidas para a concretização do estágio, de observação e intervenção, participação e integração nos setores bem como nos diversos grupos existentes. Foram também realizados sete acompanhamentos individuais, recolha de histórias de vida, através da realização de anamneses, uma intervenção em grupo e uma ação de formação.

2.1. Avaliação das Necessidades

Segundo Rodrigues e Esteves (1993), a necessidade é algo indispensável, útil ou conveniente. Pode ser considerada uma carência a satisfazer o mínimo de condições materiais e morais a nível da vida familiar e social. Nesta mesma linha de pensamento, D'Hainaut (1983), afirma que o mesmo termo implica sempre, mais ou menos diretamente, algum problema de valor ou de referência, ou certas normas sociais em função das quais se mede a necessidade. Um outro autor entende que uma necessidade é constituída pela diferença ou discrepância que se produz, entre a forma como as coisas deveriam ser, poderiam ser ou gostaríamos que fossem (Zabalza, 2000).

Como forma de captar as necessidades da instituição, foi adotada uma panóplia de estratégias que esclarecessem sobre as reais dificuldades que a CT pode estar a atravessar. Obviamente que as necessidades estão, não só relacionadas com a instituição, mas principalmente com os utentes.

Após a observação atenta das atividades efetuadas na CT, foram avaliadas as necessidades a ter em conta neste processo que se iniciou através de conversas informais e formais com os técnicos da instituição, bem como com os utentes, durante a observação dos setores, tendo a oportunidade de verificar as necessidades e o funcionamento de cada um. Deste processo emergiu um conjunto de carências, que ao longo do estágio se superaram e se atenuaram.

Algumas das ações levadas a cabo para efetuar o levantamento das necessidades foram:

- Leitura referente aos estatutos e princípios da instituição;
- Análise do programa terapêutico e pesquisas bibliográficas;
- Observação das atividades e dinâmicas onde se realiza o estágio;
- Interação com os utentes, de forma a diagnosticar os seus problemas;
- Conversas formais e informais com os técnicos e colaboradores da instituição;
- Avaliação primária quer dos utentes, quer do contexto em que estão inseridos.

Atendendo às necessidades identificadas, procedeu-se à seleção das necessidades a colmatar. Relativamente à intervenção em grupo, estabeleceu-se como principal necessidade de intervenção, o Treino de Habilidades Sociais (THS), com o grupo de utentes portadores da problemática da substância álcool, uma vez que estes utentes possuem défices cognitivos inerentes ao seu quadro psicopatológico, que resultam no prejuízo da sua performance nas relações interpessoais e, dessa forma, potencializa o seu isolamento e a diminuição da qualidade de vida. No que concerne às necessidades de formação dentro da instituição, é de denotar que o PH se encontra em constante avaliação de necessidades, desenvolvendo ações de formação para técnicos, profissionais e utentes da instituição. Neste sentido, considerou-se de maior relevância, a formação de todos os utentes da CT, sobre questões ligadas às Emoções e aos Sentimentos.

2.2. Caraterização da Observação

Ao longo da intervenção e mesmo na sua preparação e desenvolvimento, a observação participante constituiu-se num importante dispositivo metodológico, uma vez que foi transversal a todo o trabalho, permitindo uma seleção de informação, com vista a descrever, interpretar e refletir determinada realidade. Neste caso particular, a observação facultou a identificação do trabalho de acompanhamento que é prestado aos utentes do PH, desde os grupos de autoajuda, os seminários, a equipa terapêutica, assim como o trabalho que esta desenvolve e tudo o que faz parte da vida do utente na instituição.

A observação foi crucial para perceber como agir e responder a determinadas situações e também, perceber a prática profissional desenvolvida pelos terapeutas. De acordo com Bogdan e Taylor (1975), a observação participante carateriza-se por um período de interações sociais intensas, entre o observador e os sujeitos observados no seu contexto, pretendendo-se uma recolha intensiva e sistemática de informação, sobre práticas e representações sociais, durante esse período de tempo. Ao acompanhar de perto o quotidiano destas pessoas, esta via metodológica, visa a redução da estranheza recíproca e simultaneamente, a partilha de experiências e de papéis dos observados. Portanto, a experiência e o contato direto do observador com a vida quotidiana do PH, possibilitou uma revelação mais profunda e real, desde ações, atitudes, comportamentos e situações, pelo que se não permitisse esta revelação profunda, impediria a captação de determinados aspetos que iriam permanecer ocultos.

Foram também utilizados diariamente pela psicóloga-estagiária os “diários de estágio” (cf. Anexo IV), que surgem como uma via para a transformação da experiência de observação em suporte escrito, reelaborando a sua experiência, isto é, aqui não só é descrita

detalhadamente a experiência de observação, como também, inclui anotações, explicações, sentimentos, interações, diálogos, impressões, estados de espírito e uma reflexão pessoal, podendo assumir um caráter teórico ou metodológico. Segundo Bogdan e Biklen (1994), as notas de terreno, que aqui foram descritas como “diários de estágio”, são um relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha da informação, refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo. Estes “diários” tornam-se assim, num dispositivo auxiliador da observação e, por outro lado, no término de todo o processo, permite-nos obter um “pequeno diário” do estágio e também um suporte de supervisão do que foi realizado ao longo do processo permitindo, no final, uma visão global de todos os momentos.

Foram utilizadas também grelhas de observação (cf. Anexo V). Em cada sessão da intervenção onde se realizou também observação, as grelhas surgiram como um suporte das próprias sessões, permitindo selecionar, simplificar e reorganizar os dados obtidos e, por outro lado, constituíram meios que permitiram registar de forma rápida e detalhada, a informação. Segundo Bogdan e Biklen (1994), as grelhas de observação permitem traduzir o que se observa em palavras de forma imediata, podendo referir-se a retratos dos sujeitos, reconstrução de diálogos, descrição do espaço físico, relatos de acontecimentos importantes, descrição das atividades, entre outros.

2.2.1. Observação dos Acompanhamentos Psicológicos e Anamneses

A principal atividade de observação do estágio foi a observação dos acompanhamentos psicológicos e a elaboração das Anamneses. Inicialmente, esta atividade decorreu na presença da orientadora de estágio. Posteriormente, a psicóloga-estagiária procedeu sozinha à intervenção individual de cada um dos sete utentes. O objetivo desta observação foi a familiarização com o processo de tratamento de cada um dos utentes. As atividades propostas aos utentes são calendarizadas pelos terapeutas, sendo que os utentes só vão aos acompanhamentos e às anamneses quando previamente marcado pela equipa terapêutica. São abordadas situações de dificuldades diárias, medos e receios, formulam-se estratégias com o utente para encarar melhor os problemas que surgem. Este trabalho é feito consoante as necessidades do utente. As anamneses são aplicadas a todos os utentes através da aplicação de um guião estipulado pela instituição (cf. Anexo VIII) e de um modelo apropriado para casos excecionais de utentes com dificuldades e défices cognitivos, ou em tratamento de álcool (cf. Anexo IX).

2.2.2. Observação dos Setores

Como já foi referido anteriormente, os utentes encontram-se diariamente divididos por setores, isto é, estão divididos pelas várias áreas e partes da casa: cozinha, jardim, obras, interno, externo, lavandaria e administrativo (ADM). Em todos os setores existem situações de conflito, stresse, partilha, características que fazem parte do amadurecimento pessoal e contribui para a mudança dos utentes. Esta dinâmica existe para que os utentes saibam viver em sociedade, juntamente com outras pessoas e de uma forma aceitável e coerente, com regras, normas, respeito e educação. Neste sentido, os setores são considerados como mais uma forma terapêutica através da mobilidade social, da transferência de papéis e de responsabilidades, o que permite a possibilidade de mudança através da função de suporte de proteção ambiental, da aprendizagem social, das relações e interação entre os utentes e o meio. Desta forma, existem os papéis de responsabilidade e hierarquias (passando do egocentrismo ao reconhecimento do outro); faixa de companheiros (segurança no sentido de pertença a um grupo homogéneo) e a organização do tempo (significação do ritmo). Este trabalho serve para a educação, para a co-responsabilização e autodisciplina, assimilando assim, competências necessárias para viverem no dia-a-dia com o outro de forma saudável, dentro e fora da CT.

2.2.3. Observação dos Grupos de Autoajuda

Estes grupos existem duas vezes por semana. Têm como finalidade, ajudar os utentes a resolverem situações que não estão a conseguir lidar, ou situações pelas quais vão ter que passar, pedindo assim ajuda, no sentido de recolher linhas de orientação de como reagir e estar perante tal situação. A autoajuda é feita através da confrontação, fazendo com que o utente que pede a ajuda reflita também para si o que é certo ou errado.

Os grupos de autoajuda são estáticos, isto é, os elementos do grupo são sempre os mesmos, para que haja confiança e à vontade. Neste sentido, estes grupos têm uma especificidade onde se trabalha e aborda várias áreas, a pessoal, a social, familiar e a afetiva, tendo em conta o passado, aprendendo e encontrando estratégias e habilidades de enfrentamento para poderem viver com essas mesmas dificuldades. Cada elemento dá-se a conhecer para que os outros saibam mais de si e da sua problemática com o intuito de o ajudar a mudar. Abordam-se situações que viveram no passado, expressam as suas emoções e os seus sentimentos. Neste sentido, estes grupos têm como finalidade conduzir o indivíduo a acreditar que é capaz de atingir os seus objetivos. Assim, no âmbito da autoajuda, a função é a de ajudar o indivíduo a realizar algo, ao longo de um crescimento pessoal, para atingir uma

situação de bem-estar.

2.2.4. Observação dos Grupos de Sentimentos

Os sentimentos aparecem todos os dias, quando os utentes vivem situações de conflitos. Neste sentido, os utentes escrevem num papel os sentimentos que prevalecem perante determinada situação.

O grupo de sentimentos serve para trabalhar a gestão e regulação emocional. Estes grupos têm como objetivo, fazer com que o utente aprenda a sentir, entender, exprimir e lidar com as suas emoções e sentimentos, independentemente de se tratar de raiva, dor, alegria, saudades ou amor, com o intuito de melhorar o relacionamento fora ou dentro do grupo. O grupo de sentimentos propõe-se a ajudar o utente a descobrir como ser sensível e também aos outros como seres sensíveis. Proporciona momentos de reflexão, permitindo ao utente expressar sentimentos em relação à sua pessoa.

2.2.5. Observação dos Grupos de Confronto de Fim-de-Semana

Neste grupo há uma preparação para os objetivos de fim-de-semana, isto é, os utentes escrevem numa folha os objetivos que têm para realizar no fim-de-semana, a nível afetivo, social, pessoal e familiar. O terapeuta neste grupo aceita ou rejeita os objetivos estabelecidos pelos utentes e, em caso de rejeição, auxilia a delinear outros. Existe uma diferença no grupo de toxicodependentes e no grupo de tratamento de álcool. O grupo de toxicodependentes não tem que fazer confronto de fim-de-semana nem objetivos de fim-de-semana, caso não saia da instituição. Por outro lado, o grupo de álcool tem que fazer obrigatoriamente objetivos de fim-de-semana quer vá para fora da instituição quer fique. Esta diferença prende-se com o facto de o tratamento do álcool e da toxicodependência passarem por diferentes aspetos de reabilitação. Os objetivos deste grupo passam por delinear estratégias e habilidades para pôr em prática no processo de ressocialização.

2.2.6. Observação dos Grupos de Revisão de Fim-de-semana

Os grupos de revisão de fim-de-semana têm como objetivo verificar as estratégias e habilidades aprendidas ao longo do processo terapêutico, se são ou não exequíveis, de acordo com os objetivos delineados para cada utente. Encontram-se, assim, num processo de ressocialização, contemplando diferentes áreas: familiar, pessoal, social e afetiva.

As técnicas utilizadas para a execução do processo de ressocialização baseiam-se na exposição, habilidade de enfrentamento e comunicação eficaz que permitem a gestão de

medos e dificuldades. Todas estas técnicas têm como finalidade o desenvolvimento da autonomia e independência de cada um dos utentes.

2.2.7. Observação de Grupos de Setores

No início do estágio, tive a oportunidade de passar semanalmente por todos os setores da CT, o que me levou a participar e a observar todos os setores e os respetivos grupos. Estes visam essencialmente ajudar os utentes a fomentar e a trabalhar o espírito de equipa, tendo em conta o respeito pelo outro, o sentido de interajuda, de responsabilidade por si e pelo outro. Neste sentido, torna-se numa ferramenta terapêutica fundamental para a resolução de problemas encontrados no setor, tanto a nível prático como pessoal. Debatem-se dificuldades de relacionamento, de comunicação, gestão e resolução de conflitos, estratégias de enfrentamento e de confrontação, promovendo e estimulando a interajuda entre os elementos do grupo.

2.2.8. Observação dos Grupos de Habilidades Sociais

O Treino de Habilidades Sociais, consiste num conjunto de técnicas comportamentais que visam trabalhar dificuldades a nível de resolução de problemas, de comunicação, de cooperação e assertividade. Ajuda na prevenção e redução de problemas e comportamento e fomenta as relações interpessoais socialmente aceites.

As habilidades sociais ocorrem nos dois grupos, tratamento do álcool e toxicod dependência e são abordados temas como treino de comunicação não-verbal; como reagir a uma crítica; como dar a opinião a um elemento de autoridade; conhecer e dar-se a conhecer; como iniciar uma conversa; atribuir e receber elogios, entre outros.

2.2.9. Observação dos Grupos de Prevenção de Recaída

O objetivo destes grupos visam a identificação de medos e receios dos utentes, na prevenção de recaída, ajudando-os a reconhecer as suas dificuldades, de modo a poderem trabalhá-las em grupo, promovendo a interajuda e a capacidade de enfrentamento.

Estes grupos são feitos de forma distinta. No grupo do álcool, é feito alternadamente com os grupos de treino de habilidades sociais, de quinze em quinze dias. Neste grupo fala-se dos medos, dos objetivos, dos receios, dos fantasmas de encarar o mundo cá fora e que tipos de situações podem ou não ser a base para uma recaída. Nesse sentido, elaboram-se estratégias para prevenir tal situação.

No grupo da toxicod dependência a prevenção da recaída é feita apenas quando os utentes

estão prestes a sair da comunidade para a RS, expondo os seus medos, os fantasmas, os objetivos e encontrar estratégias para prevenir uma recaída.

2.2.10. Observação dos Seminários

Os seminários são momentos formativos que fomentam a aprendizagem dos utentes relativamente a várias temáticas importantes na vida deles e na vida em comunidade. Abordam-se temas como: relações interpessoais; estilos de comunicação; o processo terapêutico; os valores; a confrontação; a afetividade, entre outros.

2.2.11. Observação dos “encontros da manhã”

Os utentes identificam-se com objetivos não atingidos, evidenciando, as falhas e o porquê deles acontecerem através da confrontação. Desta forma, são delineadas novas estratégias e formas de lidar com as situações diariamente. Em algumas situações, existem objetivos que são atingidos e, por isso, são valorizadas as atitudes e comportamentos, tornando-se numa forma de motivação para o utente e, ao mesmo tempo, como um modelo a seguir pelos outros.

2.3. Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica

No seguimento da avaliação das necessidades do CSSB-PH, serão descritas as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular. Em relação às intervenções individuais, foi da responsabilidade da psicóloga-estagiária a recolha da anamnese e avaliação psicológica/ psicométrica de sete utentes. Estas intervenções individuais foram realizadas, maioritariamente, mediante o pedido/ orientação prévia de avaliação do orientador local de estágio da CT.

2.4. Instrumentos utilizados na Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é de extrema importância por se tratar de um processo de aquisição e integração de informações relevantes sobre as várias dimensões de um indivíduo (Caballo, 2005). Nesse sentido, foram avaliados sete casos clínicos, submetidos todos a avaliação psicológica. A intervenção efetuada difere na patologia e no modo de intervenção. Inicialmente foi utilizada a entrevista semi-estruturada utilizada nas avaliações psicológicas, alicerçada no guião para a entrevista de avaliação clínica e da saúde (modelo de Anamnese específico da própria instituição). De seguida, encontram-se descritos no Quadro 1, os instrumentos psicométricos utilizados para a avaliação dos utentes.

Quadro 1 – Instrumentos de Avaliação Psicológica/ Psicométrica (instrumentos descritos, ver anexo VII)

Avaliação de Sintomatologia Psicopatológica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996); - <i>SCL – 90 – R</i>, (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1999); - <i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist</i> (PCL-C), versão civil, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves, Lima e Marques Pinto (2006).
Avaliação da Eficácia Intelectual	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Matrizes Progressivas de Raven</i> – versão SPM (Raven, Court & Raven, 1995).
Avaliação da Personalidade	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (MMPI-2) – versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006) do Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 - MMPI-2 (Butcher, Ben-Porath, Dahlstrom, Graham, Kaemmer, & Tellegen, 1989; Butcher et al., 2001).
Avaliação do Grupo das Habilidades Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inventário de Habilidades Sociais</i> (IHS-Del-Prette, 2001).

2.5. Casos Clínicos

2.5.1. Caso clínico - Estudo de Caso/ Concetualização de um caso clínico “JD”

“Comecei a beber com cerca de 13 anos com amigos. Bebíamos os nossos copinhos, cerveja, vinho “espadar” e rosé. Às vezes também bebíamos um copinho de Martini... Todos os dias íamos para a Tasca e já saíamos de lá completamente bêbados.” (sic).

Dados de identificação

JD tem 54 anos de idade, é do sexo masculino, completou o 1º ciclo, que corresponde atualmente ao 4º ano. É divorciado e tem três filhos. Profissionalmente trabalha como Operário de Construção Civil. Há cerca de seis meses veio residir para a CT, na qual está a fazer tratamento de reabilitação do álcool.

Razão do pedido

O utente é alcoólico. Desde o agravamento desta problemática que foi acolhido em vários locais, nomeadamente, na casa de um Padre da Freguesia onde residia. Entre 9 de Outubro a 28 de Outubro de 2013 esteve internado no Hospital de Braga, em processo de desintoxicação. Posteriormente, a Segurança Social e a Santa Casa da Misericórdia aconselharam-no a fazer tratamento ao álcool na CT.

Exame do Estado Mental

O utente apresenta-se com aspeto desleixado e descuidado. A idade aparente é coincidente com a idade real. O utente tem dificuldade em manter o contacto ocular. Reduzida ressonância empática com alguma rigidez afetiva. Apesar de colaborar, apresenta uma postura de desconfiança. Indica sentimentos de revolta e comportamentos vingativos. O humor oscila entre o disfórico e o depressivo, revelando sentimentos de insensibilidade em relação a si próprio e de grande vazio.

O ritmo do discurso é adequado, sem qualquer problema de articulação ou semântica. De igual forma, apresenta-se organizado e coerente. Ao nível do pensamento apresenta uma obsessão com o seu divórcio. Ainda demonstra problemas de lentificação, inibição, vazio, estreitamento, algum bloqueio e fragmentação de pensamento. O utente demonstra preservação da memória e atenção. Revela alguns problemas de percepção.

JD possui orientação autopsíquica e alopsíquica, com algumas limitações na capacidade de compreensão e adaptação aos contextos. Apresenta tremores das mãos, revela insónia, ansiedade e lentificação psicomotora.

Não apresenta comportamentos sexuais anormais. Possui juízo crítico e *insight* para o seu estado mental atual.

Problema apresentado e história do problema

O utente apresenta-se com um problema recorrente de dependência de álcool. Encontra-se em estado de abstinência mesmo antes de entrar em tratamento na comunidade terapêutica. Revela insónia tardia, desinteresse em participar nas atividades com os colegas, sentimentos de desvalorização, lentificação psicomotora e aumento de peso resultante do aumento de apetite e desinteresse nas atividades diárias.

O início do problema deu-se quando o utente tinha 13 anos de idade quando começou a consumir álcool com os amigos em tascas, usando o dinheiro que a mãe lhe dava de 15 em 15 dias. Indica que “*bebia de tudo; cerveja, vinho espadar e rosé. Por vezes um Martini.*” (sic). Quando começou a trabalhar e a ter o seu próprio ordenado, juntava-se com os seus colegas e em grupo, no final do trabalho, iam todos juntos para tascas. Admite que gastava uma boa parte do seu ordenado em álcool. Entreteinha-se a jogar cartas, dominó e a beber. Compravam tabaco a dividir por todos e partilhavam-no.

Aos 18 anos conheceu a sua ex-mulher e os consumos teriam reduzido um pouco porque, segundo ele, começou a ter medo que ela descobrisse que “*cheirava a álcool.*” (sic). Ao pequeno-almoço, JD beberia, além do café, um copo de bagaço. Depois bebia mais, mas

sempre com receio que a esposa descobrisse. Quando ficava de ressaca, disfarçava dizendo-lhe que estava doente.

Com o nascimento dos dois filhos, as coisas teriam começado a piorar. Os filhos ficavam a cargo do utente, enquanto a esposa ia trabalhar. O utente deixaria os filhos menores sozinhos em casa, para ir beber na tasca. Muitas vezes se comprometia a ir buscar os filhos à escola e acabava por nunca aparecer.

Em 2011, o utente teve um acidente vascular cerebral e indica que desde então ganhou consciência da gravidade da situação em relação ao abuso de álcool, *“vi que o álcool tomou conta da mim... comecei a suspeitar da minha mulher... que tinha outro... deixei de confiar nos meus amigos... achava que todos eles me enganavam, quando só queriam o meu bem e ajudar-me, fui-me apercebendo da pessoa em que o álcool me tinha tornado e estava tão certo que acabei por ficar sozinho.”* (sic). JD começou a suspeitar das pessoas mais próximas dele e em quem ele mais confiava, sem bases suficientes, acabando por ter preocupações com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança dos amigos e em relação à própria mulher, com uma suspeição recorrente e injustificada.

Este é o primeiro tratamento de reabilitação do utente (2013). Refere que é importante a toma da medicação, mas está consciente da parte psicológica do tratamento. Neste sentido, o utente parece motivado para o tempo restante de tratamento. Relata também, que quer refazer a sua vida, voltar a ter um emprego e uma vida normal, se possível junto da sua ex-mulher e da sua filha. Diz sentir-se mal e envergonhado por todas as acusações que fez à mulher e perante a filha, admitindo, *“não me considero pessoa para isso.”* (sic).

História Biopsicossocial

JD pertence a uma fratria de 9 irmãos, seis raparigas e três rapazes. O seu pai faleceu há cerca de oito anos, sendo o motivo desconhecido. Um dos irmãos faleceu por abuso de álcool, *“não sei ao certo o que lhe aconteceu, mas sei que morreu por causa do vício do álcool.”* (sic).

O utente refere que, na sua infância, a relação com o seu pai era distante, caracterizando-o como arrogante e severo, sendo que sentiria muita pressão por parte dele e completa ausência de afeto, *“era muito rígido em relação a horários.”* (sic). Existiam discussões entre ele e o pai porque o utente não cumpria os horários e as regras, sentia que já era autónomo e que *“não tinha que dar satisfações a ninguém.”* (sic). O utente indica ter sido vítima de violência física e verbal por parte do progenitor, chegando mesmo a ter que ir para o hospital, tal era a gravidade da situação. Chegou a dormir fora de casa, com medo da reação do pai por

ter chegado tarde. Quando isso acontecia o utente escondia-se no meio do campo de milho, que tinha à volta de casa. A mãe era quem o defendia sempre, embora acabasse também por ser vítima de violência por parte do pai. O utente caracteriza a mãe como uma pessoa com feíto *“mole e sensível, protetora, afetuosa e cúmplice.”* (sic). Refere que esta sempre o terá defendido em relação ao pai e até no trabalho, com os seus patrões.

JD diz que a relação entre os progenitores era de desentendimento e conflitos por causa da educação dos filhos.

O pai terá ido para França em trabalho, onde morou durante 25 anos. Segundo o utente, este teria emigrado para ganhar mais dinheiro de modo a poder sustentar a família. No último ano em que lá esteve, terá começado a ter problemas com a visão e com a cabeça. Deixou de comer e acabou por falecer. Para JD esta perda foi grande, apesar da relação entre os dois nunca ter sido muito boa.

Relativamente à relação com os irmãos, JD refere que sempre se deu bem com todos, com exceção da irmã mais velha. A irmã mais velha responsabilizava-o por todos os seus atos e, como consequência, batia-lhe e insultava-o.

Relativamente à infância, recorda-se como uma pessoa sociável, *“sempre tive bastante facilidade em relacionar-me com o meu grupo de amigos de escola.”* (sic). Indica que se sentia bem na escola e que se envolvia em todas as atividades, *“Nunca fugia de nada.”* (sic). Fora da escola diz ter sido *“gandulo”* (sic), que roubava laranjas, tangerinas e maçãs. Refere que se dava melhor com as raparigas, considerando que gostava das brincadeiras delas. Demarca como jogo favorito a *“macaca”*, sendo que seria sempre ele o responsável por arredondar a pataca. No final das aulas, jogava futebol com os rapazes. JD diz que pegava mais com as raparigas, por serem mais indefesas que os rapazes. Por várias vezes terá puxado o cabelo delas, tratando-as mal, chamando-lhes *“nomes”*. Dava-lhes caneladas e bofetadas, ao ponto de as deixar marcadas. Estas acabavam por fazer queixa aos pais, que se iam queixar à mãe dele e era castigado, *“era quando levava mais do meu pai.”* (sic). Diz que chegava a negar o sucedido para não levar *“porrada”* (sic), mas as discussões acabariam sempre mal.

No que concerne ao percurso escolar, JD relata que nunca gostou de estudar. Sempre terá sido rejeitado pelos professores, por ser uma criança indisciplinada. Refere que os professores reuniam-se muitas vezes com os pais, que lhe aplicavam severos castigos, com uso de violência física.

Foi trabalhar aos 11 anos na área da construção civil, *“na altura era normal começarmos a trabalhar muito novos.”* (sic). Esteve sempre ligado a esta área durante a vida. Admite ter tido, desde sempre, muitos problemas com os patrões por não querer trabalhar e

faltar ao trabalho. Dizia à mãe que ia trabalhar, mas disfarçava espalhando pó na roupa. Indica que era bastante novo para saber e ter noção do que era trabalhar. Refere um patrão que lhe batia por não lhe dar a massa em condições e como ele queria. Na altura, JD, só queria ter dinheiro para gastar, mas acabava sempre por ser despedido. A partir dos 15, 16 anos terá “*começado a ter mais juízo*” (sic) recebendo uma maior aceitação por parte dos patrões.

No que se refere a relações afetivas JD afirma que sempre teve muitos “*namoros de infância*” (sic), sendo que terá dado o seu primeiro beijo aos oito anos, tendo tido múltiplas namoradas. “*Quando as raparigas me perguntavam se queria jogar às escondidas, já sabia para o que era.*” (sic) e que “*se uma não aparecesse, ia logo ter com outra.*” (sic). Brincavam muito aos médicos, mas não passavam de “*beijos e apertos*” (sic). Quando se tornou adulto namorou durante três anos com uma rapariga. O utente trabalhava na casa do pai da rapariga, como construtor civil. Mais tarde começou a “*engraçar*” (sic) com a sua ex-mulher. Havia uma rotina, em que ela todos os sábados ia a uma mercearia perto de sua casa para fazer recados à mãe. JD diz que a procurava sempre por volta das 11 horas, que era quando ela aparecia. Namoraram três anos. Casaram no dia de aniversário dela, contava JD com 23 anos de idade. Na altura a sua mulher não sabia do seu problema com o álcool. JD diz que se sentia mal porque sabia que lhe estava a mentir. A sua relação terá sido difícil, quando o utente foi trabalhar para Lordelo durante três anos. Nessa altura já andava com os colegas em tascas e mal recebia o ordenado, ia logo gastar o dinheiro em álcool. Foi aí que começariam os conflitos com a mulher, levando-a a fugir para a casa do pai dela, onde terá estado durante 15 dias. O utente indica que começou a andar atrás dela e a espiá-la. Ajudava muito o seu sogro a trabalhar na agricultura, sendo que depois foi ele quem incentivou a filha a voltar para sua casa. Mais tarde perguntaria frequentemente quando iriam ter um filho. Porém a mulher de JD indicava que não queria ter filhos, por “*ainda não terem a vida orientada.*” (sic), o que traria ao utente um sentimento de revolta. Só depois de dois meses do retorno da sua mulher, é que decidiram ter o primeiro filho. O abuso de álcool começaria a ser diário, e os conflitos entre o casal também, até que se tornou impossível para o utente continuar a mentir em relação ao seu problema. Mais tarde tiveram o segundo filho e só passado muito tempo o terceiro. Seria o utente quem tratava dos filhos, enquanto a mulher ia trabalhar. Diz ter dado a mesma educação a todos. Quando a sua mulher chegava a casa depois do trabalho, JD já tinha preparado o jantar. Mas a situação repetia-se sempre. Depois do jantar, JD metia-se no café até de madrugada a beber. Quando chegava a casa seria a sua mulher “*a levar*” (sic) consigo. Diz que lhe berrava, que a insultava e que às vezes lhe batia. Tinha bastantes conflitos com a sogra por causa do problema do álcool, que o acusaria de não ser marido para a sua filha.

Entretanto JD terá ido trabalhar para França, enviando o ordenado para a mulher e diz ainda hoje não saber o que ela fazia a todo o dinheiro que ele lhe enviava. Até que a mulher lhe terá pedido o divórcio. Abandonaria a casa, juntamente com a filha mais nova, uma vez que os outros dois, já tinham vida familiar e económica independente. Ficando o utente com todas as despesas a seu cargo. Como já não suportava as despesas, terá pedido ajuda à Junta de Freguesia da sua residência, sendo acolhido na casa de um padre da freguesia. Foi chamado a tribunal por agressões verbais “*agredia muitas vezes verbalmente a minha mulher.*” (sic). Ficou com o direito a ver a filha um dia por semana. Ainda lhe deram a hipótese da colocação da “*pulseira eletrónica*” (sic), mas depois acabou por cumprir um tempo de trabalho comunitário. Desde que veio para a CT, tem sido chamado e ido a tribunal. De longe a longe fala com a sua filha mais nova por telefone.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Na avaliação psicológica/psicométrica de JD foram utilizados os seguintes instrumentos psicométricos: o BSI para avaliação da sintomatologia psicológica; as Matrizes Progressivas de *Raven* para a avaliação cognitiva; e o MMPI-2 para a avaliação da personalidade.

No BSI, JD cotou no Índice de Sintomas Positivos (ISP), um total de 2.5. Sendo que o ponto de corte do ISP é de 1.7, o utente encontrar-se-á com acentuada instabilidade emocional. As dimensões clínicas foram maioritariamente elevadas, sobressaindo a dimensão da Depressão (4.0), Ideação Paranóide (3.8), Psicoticismo (2.8), Ansiedade (2.6), Hostilidade (2.4), Obsessão-Compulsão (2.1), Somatização (1.7).

Isto significa que o utente possui bastantes indicadores de depressão clínica, com sintomas de afeto e humor disfórico, falta de motivação, perda de energia e falta de interesse pela vida. O seu pensamento será projetivo, hostil, egocêntrico, e com propensão para delírios. A pontuação revela igualmente que o utente tem tendência ao isolamento e poderá ter sintomas tais como alucinações e controlo do pensamento. Existem indicadores gerais de nervosismo, tensão e hostilidade que inclui emoções, pensamento e comportamentos de cólera. Além disso, terá impulsos e comportamentos persistentes sobre os quais sentirá dificuldade em resistir embora sejam de natureza egossintónica. O seu mal-estar expressar-se-á através de queixas somáticas.

Nas Matrizes Progressivas de *Raven* – SPM, a cotação revela que JD possuirá um QI entre 90 e 110, correspondente ao grau IV, e indicador de que o utente terá uma inteligência normal corrente. A inteligência não-verbal, a inteligência percetiva, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a capacidade de exploração e de complementação do

raciocínio analógico, a competência na dedução e observação de relações acerca de uma estrutura completa, correspondem aos da população geral com a sua idade e grau de escolaridade.

As escalas de validade do MMPI-2 assinalam que o protocolo é válido ($?=0$). Tal indica ausência de defensividade. A escala da mentira ($L=55$) indica que o utente não terá tentado dar uma imagem negativa de si próprio. Porém, a cotação da escala de validade/ incoerência indica que o utente se recusou a dar respostas cujo conteúdo fosse socialmente inadequado.

As escalas clínicas mais elevadas revelam-se na Paranóia ($T=95$), na Hipomania ($T=81$), na Esquizofrenia ($T=76$); moderada na Psicopatia ($T=63$) e Depressão ($T=60$), sendo normal nas restantes escalas. Tal revela que o utente terá uma personalidade paranóide, com tendência para o delírio de perseguição, egocentricidade, irritabilidade, grandiosidade, hipomania, pensamentos bizarros, percepções peculiares, dificuldades de controlo de impulso, desrespeito pelas normas, mau ajustamento social, relações familiares desajustadas e ausência de experiências gratificantes, falta de otimismo, sentimentos de incapacidade, desesperança, inibição e ansiedade.

Embora a elevação dos dados retirados do MMPI-2, indiquem que o utente terá uma Perturbação de Personalidade Paranóide, este resultado deve-se essencialmente ao fato de JD revelar um histórico de consumo abusivo de álcool, que de acordo com o DSM-IV-TR (2002), quando uma pessoa sofre de perturbações relacionadas com consumo ou abuso de substâncias, torna-se importante não diagnosticar uma perturbação da personalidade baseada apenas em comportamentos que são consequência de uma intoxicação ou abstinência (DSM-IV-TR, 2002, p. 689), o que se verifica no utente, uma vez que no momento da avaliação e desde a sua entrada em CT se encontra abstinente de consumos. Neste sentido, não se considera propriamente que o utente terá uma Perturbação de Personalidade Paranóide, mas sim, uma Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool, com Características Mistas e com Início Durante a Abstinência, com sintomas de abstinência de álcool.

Cruzamento de Recolha de Dados

A recolha de dados realizada através da anamnese e avaliação psicométrica indicam evidente instabilidade mental e emocional confirmada pelos resultado do BSI e do MMPI-2, onde se verifica, além de sintomas que preenchem o diagnóstico de perturbação de humor induzida pelo álcool com características mistas com início durante a abstinência, características da personalidade paranóide, como desconfiança, ideias de perseguição, como se pode observar no caso de o utente indicar que a irmã o culpabiliza por todos os seus atos e o

facto de os professores não gostarem dele. Poder-se-á dizer que este facto deve-se não a uma perturbação da personalidade paranóide, mas ao consumo excessivo de álcool, como se verificou ao longo da anamnese e intervenção.

De igual forma, verifica-se que o utente terá tendência de contestar a autoridade, como por exemplo, quando indica que tinha dificuldades em relacionar-se inicialmente com os padrões, e um claro desajustamento social, causado pela sua dependência de álcool.

A família de origem é disfuncional, verificado na anamnese e confirmado pelo MMPI-2, sendo que todo o seu núcleo de pessoas significativas resolvia os problemas por meio da violência. Além disso, um dos irmãos terá falecido com problemas de dependência de álcool. Tudo isto poderá justificar que o utente teve poucas experiências gratificantes ao longo da sua história de vida.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	291.89	Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool, com Características Mistas [F10.8] com Início Durante a Abstinência
	291.81	Sintomas de Abstinência do Álcool
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário Problemas com o sistema legal/ crime
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

JD apresenta sintomas que causam um mau estar clinicamente significativo, candidatos para o diagnóstico de uma Perturbação de Humor Induzida pela abstinência de Álcool.

JD apresenta sinais de culpa, perda de prazer nas atividades da vida diária, bem como défice no funcionamento social. Para além destes sintomas, verificam-se períodos em que o humor oscila entre o disfórico e o depressivo, revelando sentimentos de insensibilidade em relação a si próprio e de grande vazio, entre outros, preenchendo deste modo, critérios para a Perturbação de Humor Induzido pelo Álcool. É de salientar que o humor revelado por JD parece estar mais associado à abstinência do álcool dado este manifestar grande dependência

desta substância. Posto isto, exclui-se a Perturbação de Humor Primária e a Perturbação de Humor Secundária a um Estado Físico Geral, por não preencherem critérios. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a Perturbação de Humor Induzido pelo Álcool, deve ser distinguida da Perturbação de Humor primária pelo facto de uma substância ser considerada como estando etiologicamente relacionada com os sintomas, ou seja, uma “Perturbação do Humor Induzida por Substancia distingue-se de um Episódio Major pelo facto de uma substância (por exemplo droga de abuso, medicação ou tóxico) ser considerada etiologicamente relacionada com a perturbação de humor” (DSM-IV-TR, 2002, p. 355).

A Perturbação de Humor Induzida pela abstinência de Álcool deve distinguir-se da Perturbação de Humor Secundária a um Estado Físico Geral, dado não existirem evidências de alterações de mecanismos fisiológicos específicos como por exemplo doença hepática, ou substituição de medicação ou descontinuidade (DSM-IV-TR, 2002).

Apesar de JD apresentar ainda alguma sintomatologia que nos pode levar a inferir Perturbação Paranóide da Personalidade – apresentada nos resultados do MMPI-2 – e que corroboram com a sua história do problema na anamnese feita ao utente, nomeadamente no que respeita a JD começar a suspeitar das pessoas mais próximas dele e em quem ele mais confiava, sem bases suficientes, acabando por ter preocupações com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança dos amigos e em relação à própria mulher, com uma suspeição recorrente e injustificada. Situações que JD admite hoje serem consequências do álcool e ter perfeita consciência do efeito que o álcool e a falta dele lhe causam, “*eu nunca fui assim... sou uma pessoa calma, dada, e amiga dos outros.*” (sic). Porém, esta não se verifica, por não preencher todos os critérios de diagnóstico para esta perturbação. É ainda de salientar que, aquando da avaliação efetuada ao utente, este estava sob a influência de abstinência do álcool, o que poderá ter influenciado os resultados. É também, importante referir que esta perturbação deve ser distinguida dos sintomas que podem desenvolver-se em associação ao abuso crónico de substâncias, tal como refere o DSM-IV-TR (2002), por esta razão a Perturbação Paranóide da Personalidade é excluída.

Destaca-se ainda que, quando uma pessoa sofre de Perturbação Relacionada com Substâncias - no presente caso, o álcool - não deve ser diagnosticado uma perturbação de personalidade com base apenas em comportamentos que são consequência de uma intoxicação ou abstinência (DSM-IV-R, 2002).

Segundo Frances e Ross (2004, p. 322), “em certos indivíduos com traços paranóides da personalidade, um fator de *stress* externo ou a presença de uma perturbação no Eixo I, como uma depressão, podem resultar numa apresentação que seja transversalmente idêntica à

Perturbação Paranóide da Personalidade”. No entanto, e de acordo com os autores, este quadro apresenta diferenças significativas logo que o fator stressor é reduzido ou a perturbação do Eixo I, é tratada com êxito.

Concetualização do caso

Não é difícil de perceber, da história biopsicosocial e do que JD revelou sobre si, que a sua infância possa ter sido complicada. A relação conflituosa entre os pais é passível de lhe ter transmitido um padrão disfuncional de relação conjugal e amorosa, além de uma vinculação precária (Guedeney & Guedeney, 2004). A relação familiar é um dos pilares, quando esta unidade é ameaçada ou desestruturada. Observa-se uma regressão em cada um dos membros do grupo familiar com recurso aos processos defensivos absoletos (clivagem, denegação, projeção), tornando-se desta forma uma ameaça para JD no que respeita aos seus desejos de vida autónoma, as suas contestações dos sistemas de ideias parentais, das suas escolhas de objetos novos (Marcelli & Branconnier, 2005). O padrão familiar disfuncional é mais uma vez confirmado pela relação conflituosa com a irmã mais velha (Barker, 2000).

Importa ressaltar que os comportamentos patológicos parentais, em particular defesas por identificação projetiva, dificultam as possibilidades evolutivas e maturativas deste tipo de portadores de comportamento, sendo que estes respondem por comportamentos desviantes (Marcelli & Braconnier, 2005).

O recurso de JD ao álcool, vai servir como “solução” para alguns problemas. Um deles é a relação conflituosa com o pai e posteriormente com a mãe que, desta forma passa a ser suportada. Outro são as dificuldades de identificação com o pai, pouco acessível e de caráter pouco controverso (Berger, 2004).

A procura de novas sensações, isto é, a necessidade de sensações e de experiências variadas, novas e complexas, era um aspeto essencial e diário para o refúgio ao álcool, sendo mais evidente ao nível da relação conjugal (Marcelli & Braconnier, 2005). Sempre demonstrou dificuldades a nível conjugal que se agravavam com o álcool, pois acabava por reportar violência. O facto de ter um passado de violência como forma de punição da parte do pai, professores e patrões, pode refletir-se na relação com a ex-mulher, usando o álcool como forma de se refugiar face ao que sentia, para esconder o mal-estar sentido interiormente. Por fim, na relação atual, JD transfere a insegurança que sente para a ex-mulher.

Marcelli e Braconnier (2005), explicam todos estes comportamentos através da abordagem psicodinâmica geral à luz do modelo do apaziguamento das tensões, isto é, a carência de mecanismos de defesa contra a angústia, uma crueza dos fantasmas provocados

por uma tensão difícil de acalmar e, por vezes, mesmo intolerável. Esta tensão muito significativa ou que não pode ser apaziguada, a não ser transitoriamente, encontra no comportamento aditivo um meio que o sujeito não pode encontrar em si próprio.

De forma a compreender melhor o caso de JD, torna-se oportuno recorrer ao modelo cognitivo comportamental para explicar a perturbação de humor que o utente apresenta. Neste seguimento, Caballo (2008), refere que os pacientes que apresentam este tipo de perturbação, usualmente preocupam-se exageradamente com o futuro e cometem vários erros do pensamento, como a catastrofização, por exemplo, por terem dificuldade de raciocinar com base na realidade. Desta forma, as suas interpretações dos acontecimentos atingem grandes proporções, exagerando os seus efeitos, enfatizando os aspetos negativos e ignorando os positivos. Por essa razão, são pessoas que têm dificuldades para tomar decisões, para solucionar problemas, para mudanças, entre outros aspetos que estão presentes em JD.

De acordo com Beck (1997), este tipo de indivíduos, têm uma tendência aumentada a cometer distorções ao processar o real interno e externo, além de uma rigidez que o levaria, uma vez cometida uma distorção, a resistir à consideração de interpretações alternativas. Efetivamente, em termos de estruturas cognitivas, têm tipicamente crenças disfuncionais focalizadas em ameaça física ou psicológica ao próprio indivíduo ou aos seus significativos, que refletem um sentido aumentado de vulnerabilidade. Em relação ao modo de processamento cognitivo, estes indivíduos processam sinais de ameaça, derivados da sua superestimação da própria vulnerabilidade, e descarta elementos contrários. A sua atenção auto-focalizada aumenta, o que reflete a tentativa de controlar o estímulo ameaçador. Os seus pensamentos automáticos, refletem uma negatividade ou pessimismo geral, focalizam em ameaça ou perigo para si ou para os seus significativos e são orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios. As suas cognições pré-conscientes refletem rigidez; o seu pessimismo dá origem ao caráter excessivamente catastrófico das interpretações e resiste ao reconhecimento de interpretações alternativas (Beck, 1997; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993), indo ao encontro do caso de JD.

Neste sentido, de acordo com Beck, Wright, Newman e Liese, (1993), JD criou um esquema cognitivo feito de expectativas e crenças, por exemplo, “*sinto que deixo de ter problemas quando bebo.*” (sic). Este esquema disfuncional acionou esquemas automáticos “*o consumo faz-me bem, faz com que deixe de ter problemas.*” (sic), que permite a manifestação do desejo compulsivo de consumir. Contando ainda a intervenção de crenças permissivas “*só uma vez não faz mal, ninguém vai notar.*” (sic), para o comportamento da procura da substância ser iniciado e conduzir ao consumo. Os fatores cognitivos como a autoimagem, o

comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de *coping* e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição do comportamento de dependência de JD (Ogden, 2004).

Comitaneamente a uma Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool, com Características Mistas, com Início Durante a Abstinência e com Sintomas de Abstinência do Álcool, JD sente remorso por ter maltratado a esposa, contudo, manifesta algumas características tais como impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro, irresponsabilidade consciente, indicada por ter repetido fracasso em ter mantido um comportamento laboral consciente ou de honrar obrigações financeiras. De acordo com Petras, Kellan, Brown, Muthén, Ialongo e Poduska (2008), estes tipos de transtornos por uso de substâncias evidenciam fortes associações entre atitudes antissociais, tais como agressividade, impulsividade (Krueger, Markon, Patrick, Benning & Kramer, 2007), irresponsabilidade (Walsh, Allen & Kosson, 2007) e inabilidade de enfrentamento de situações problemáticas, início precoce de abuso de substâncias (Fridell, Hesse & Billsten, 2007), sérios danos psicológicos, mentais e de saúde (Goldstein, Compton, Pulay, Ruan, Pickering, Stinson & Grant, 2007).

Desta forma, verifica-se que há fronteiras comuns entre traços de personalidade, processos cognitivos, emocionais, biológicos e contextuais para o risco de tratamento por uso de substâncias e Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool com Sintomas de Abstinência (Bodabilla & Taylor, 2007). O facto de o utente ter esperança em recuperar a mulher e a filha poderá ser um indicador positivo na sua recuperação.

Plano de intervenção

A intervenção elaborada e aplicada ao utente segue o modelo cognitivo-comportamental por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahoui & Reynaud, 2008), uma vez que estas terapias colocam a tónica no reforço e na eficácia pessoal. O terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes enquanto os objetivos terapêuticos e meios utilizados para avaliar, são claramente definidos. A avaliação regular dos progressos, permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia.

Inicialmente optou-se pela terapia antagonista. Comitaneamente, a nível psicoterapêutico inicia-se por alterar aspetos da personalidade que estão inerentes aos consumos (Neto, 1996). Como se encontra em CT, será mais fácil de controlar e manter a abstinência (Nunes & Jóluskin, 2010). Durante as sessões, visto que reside na CT com vários

utentes, importa esclarecer as regras da casa e como cumpri-las; ensinar o utente a viver em comunidade como uma família e a integrar-se neste meio.

Cada sessão começava primeiramente por esclarecer e levantar problemas que surgiam no dia-a-dia na CT e que afetavam o trabalho terapêutico do utente.

Seguidamente trabalhou-se no sentido do aumento da auto-estima, de modo a sentir-se bem consigo mesmo não tendo que recorrer a consumos (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Através da modificação do sistema de crenças (Rahoui & Reynaud, 2008), trabalhou-se com o utente a auto-aceitação, principalmente a introversão, moldando alguns dos comportamentos inerentes. Fazer com que percebesse que, mesmo introvertido, ele consegue ter uma relação social e afetiva normal, afastando as ideias negativas que apresentava de si mesmo, através da reestruturação cognitiva, valorização das atitudes e pensamentos positivos, passos essenciais da terapia para afastar o utente do álcool, utilizando *feedback* positivo (Rahoui & Reynaud, 2008).

De acordo com Berger (2004), foi importante centrar-nos na psicopatologia do utente. Estes foram os problemas que levaram ao consumo continuado e à perda de controlo do consumo de álcool. Este trabalho teve por base a gestão das emoções negativas em relação à família, ao casamento e consequente divórcio. Importante foi a reelaboração dos aspetos que queria ver alterados na sua relação e delinear um caminho a percorrer nesta área. Relevante, ainda, promover a confiança e estabilidade de JD para eventuais relações (Nunes & Jóluskin, 2010).

Uma vez que apresenta perturbação de humor, utilizou-se a reestruturação cognitiva e a flexibilidade cognitiva (Beck, 1997), para que JD processasse a realidade de uma nova forma. Utilizou-se também a paragem de pensamento, tendo sido essencial ao longo da intervenção, uma vez que o utente tendia a falar tudo que se lembrava. Esta técnica auxiliou e fez com que ele parasse e pensasse antes de falar.

Foram utilizadas também algumas estratégias como o treino de habilidades sociais, durante a intervenção em grupo, o que para JD se tornou de extrema importância, no sentido de treinar o autocontrolo e a assertividade, bem como a reestruturação cognitiva (Rangé & Marlatt, 2008).

Posteriormente, foram discutidas as situações de recaída e tentou-se que o utente percebesse que recair não era sinónimo de falhanço, mas sim de mudanças profundas e uma aprendizagem. As estratégias cognitivas e comportamentais de prevenção de recaídas foram, também, nesta altura fundamentais (Patrício, 1995; Ribeiro, 2003), bem como esclarecer e

nomear quais os fatores de risco e proteção, atitudes e pensamentos que colocam o utente em risco e pensamentos e atitudes que o ajudam a proteger-se (Rahoui & Reynaud, 2008).

Assim, na última fase, conforme anteriormente indicado, empregou-se uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder à realidade, reforçando-se o novo sistema de esquemas de crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997). Por forma a consolidar as estratégias implementadas, JD participou na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Reflexão sobre o caso

O utente mostrou-se sempre disponível durante a intervenção, sem ter mostrado em alguma situação, vontade de desistir. Finalizou a intervenção com um sorriso e bastante agradecido e motivado, ao contrário de quando entrou, desmotivado e triste.

Foram notórias as mudanças no utente, inicialmente, em relação ao consumo, muito perturbado psicologicamente e emocionalmente, tendo, gradualmente mostrado melhorias.

A sua relação familiar está muito melhor, conseguiu aproximar-se mais da filha, algo que o utente tanto desejava e aguardava. Em relação à sua ex-mulher, o utente já não demonstra tanta obsessão, embora admita que, no final da intervenção, irá tentar reconquistar uma nova vida junto dela.

Socialmente, o utente leva consigo estratégias para lidar com futuras situações, esperando que as consiga pôr em prática.

A nível terapêutico, sugere-se que JD continue o treino de habilidades sociais, treino de relaxamento, exposição e utilização da reestruturação cognitiva, sempre que necessário (Heimberg, 2001).

Não apresenta qualquer vontade de consumir, refere apenas que está um homem diferente e que vai começar uma nova etapa da sua vida. Neste sentido, acreditamos que JD possui ferramentas necessárias para manter a sua abstinência e que vai mantê-la.

Este foi o segundo caso de acompanhamento, tendo sido uma experiência agradável, uma vez que houve progressos por parte do utente. A mudança, apesar de lenta, foi notória. O utente terminou com sucesso o período de seis meses de tratamento, tendo transitado de forma satisfatória para a “Fase da Reinserção”.

Tendo em conta a extensão da análise de cada caso, optou-se pela descrição mais sucinta no presente relatório. Assim, em seguida, serão descritos sucintamente os seis casos que, para além do caso clínico aprofundado anteriormente, foram acompanhados individualmente em CT, constando em anexo a descrição detalhada de cada caso.

2.5.2. Caso “S.”

Resumo do Caso “S.” (caso descrito, ver anexo X)

Nome: “S.”

Idade: 37 anos

Enviado por: Vontade própria, por aconselhamento familiar e por considerar “já não haver outra saída.” (sic).

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. S. refere na sua entrada em CT, em Janeiro de 2014, ter vindo por vontade própria, por, “já não ver outra saída para a sua vida.” (sic) e por aconselhamento familiar. Corte total da relação familiar, inibição familiar e emocional em ver a filha. Padrão de relações interpessoais instáveis, instabilidade afetiva, sentimentos de vazio, impulsividade em abuso de substâncias e gastos e ameaças recorrentes de suicídio. Queixa-se de insónias, perda de peso, perda de energia, falta de apetite e admite ideação suicida recorrente. Revela sentir raiva intensa, com muita dificuldade em se controlar. Encontra-se internada na CT devido ao seu problema de abuso de álcool, após várias tentativas falhadas de tratamento.

Instrumentos utilizados: Anamnese; Matrizes progressivas de *Raven* (SPM) (Raven Court & Raven, 1994); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de *Raven* (SPM), revelam que S. apresenta um QI entre o 110 e 120, situado no grau III, o que significa que a utente terá uma Inteligência Normal Superior, em relação à população geral com a sua idade e escolaridade. Portanto, S. terá elevada inteligência percetiva, não-verbal, com grande capacidade de observação, exploração e complementação do raciocínio analógico. Terá facilidade em deduzir e observar relações referentes a uma estrutura completa. No que concerne aos resultados obtidos no *Brief Symptom Inventory* (BSI), S. teve no ISP uma cotação de 2.26. Como ultrapassa o ponto de corte deste índice, pode considerar-se que S. possui acentuada instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas

foram a Depressão (T=3.50), a Sensibilidade Interpessoal (T=3.2), o Psicoticismo (T=3.0), a Ideação Paranóide (T=3.0), a Ansiedade (T=2.8) e Ansiedade Fóbica (T=1.8).

Por análise do MMPI-2, as escalas de validade indicam que o protocolo é válido (?=0). A cotação da escala da mentira (L=43) indica que S. foi cooperante, mas a cotação da escala de validade/ incoerência (F=75) indica que a utente procurou dar uma imagem falsa de si. As escalas clínicas com pontuação mais elevada foram a Depressão (T=76), Histeria (T=74), Paranóia (T=71). As escalas clínicas com pontuações moderadas foram a Hipocondria (T=57), a Esquizofrenia (T=58), a Psicopatia (T=62) e a Sensibilidade Interpessoal (T=68).

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	304.30	Dependência de Canábis com dependência fisiológica, em remissão [F12.1x]
	296.33	Perturbação Depressiva <i>Major</i> , Recorrente, Moderada, sem recuperação entre episódios
Eixo II	301.83	Perturbação Estado-Limite da Personalidade [F60.31]
Eixo III		Nenhum.
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário
	V61.20	Problema relacional pais – filhos [Z63.8]
		Desemprego
Eixo V	AGF = 45	(no momento da admissão)
	AGF = 50	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: Tendo em conta os dados da avaliação psicométrica bem como a história da utente e a observação de comportamentos, entende-se que a utente preenche os critérios de Perturbação Estado-Limite da Personalidade e Perturbação Depressiva *Major*, recorrente, moderada, sem recuperação entre episódios, apresentando sinais de pessimismo, depressão, desalento e labilidade emocional.

Observação e Intervenção: Foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a relação terapêutica de confiança e empatia; motivar a utente para o tratamento; identificar e produzir mudanças nos pensamentos desadaptativos, reduzindo os pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima; por último, interromper o ciclo vicioso da depressão. Por meio da terapia cognitivo-comportamental e para a concretização dos objetivos foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas: uma breve

abordagem psicoeducativa sobre a doença e tratamento comportamental a seguir, motivando a utente para o processo; terapia de reestruturação cognitiva de *Beck*, através da identificação e análise de pensamentos disfuncionais – técnica de sonda cognitiva; feedback positivo; identificação de competências; modelo cognitivo e técnica de conduta de desenvolvimento de atividades positivas e gratificantes; prescrição de tarefas graduais e técnica de solução de problemas de Nezu (1987). Por forma a consolidar as estratégias implementadas, S. participou na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em S., apesar de continuar a denotar-se alguns comportamentos desestabilizadores, tais como baixa auto-estima e falta de confiança. Ainda que alguns objetivos tenham sido alcançados, uns mais consolidados que outros, denotou-se ainda, a necessidade de promover a motivação e crença no futuro, promover a criação de objetivos pessoais, de diminuir o sentimento de culpa e de incapacidade quanto ao seu estado atual e aumentar a auto-eficácia no processo de mudança a partir dos seus ganhos.

2.5.3. Caso “M.”

Resumo do Caso “M.” (caso descrito, ver anexo XI)

Nome: “M.”

Idade: 35 anos

Enviado por: Pressão da entidade patronal.

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. M. refere na sua entrada em CT em Novembro de 2013, como sendo da sua própria vontade, pressão por parte da sua entidade patronal e por incentivo da mãe, com o objetivo de se tratar da dependência de álcool, após várias tentativas de tratamento. Medo acentuado e persistente de situações sociais e funcionamento laboral, provocadas por uma ansiedade e mal-estar e reconhecido pelo próprio utente como excessivo, interferindo significativamente com as rotinas normais e diárias do utente. Ao longo da Anamnese e dos colóquios, o utente mostrou muita timidez.

Instrumentos utilizados: Anamnese; Matrizes progressivas de *Raven* (SPM) (Raven Court & Raven, 1994); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de *Raven* (SPM), indicam que M. terá um QI entre os 80 e 90, que se situa no grau V e revela uma inteligência normal reduzida. Tal revela que o utente terá uma inteligência geral abaixo da população em geral

com a sua idade e grau de escolaridade. No que concerne aos resultados obtidos no *Brief Symptom Inventory* (BSI), M. cotou no ISP 1.0. Como ponto de corte do ISP é 1.7, pode aferir-se que o utente não possuirá instabilidade mental ou emocional. Porém as dimensões clínicas Ansiedade Fóbica (1.8) e Sensibilidade Interpessoal revelam alguma elevação. Pelo que M. poderá sentir medo persistente a um local, pessoa, ou situação específica, tendo um comportamento de evitamento. Sentirá também alguma inadequação pessoal, sentimentos de inferioridade, com autodepreciação e dificuldades nas interações sociais. Por análise do MMPI-2, o utente apresenta resultados nas escalas de validade que indicam que o protocolo é válido ($?=0$). Na escala da mentira (L=59) e na escala de validade/ incoerência (F=56), os valores foram moderados indicando que M. tentou dar uma imagem favorável de si, evitando dar respostas de comportamento socialmente desadequado, ou respondendo algumas questões ao acaso. A escala clínica mais elevada foi a de Paranóia (T=72) e as escalas clínicas que indicaram valores moderados foram a Sensibilidade Interpessoal (T=62), Depressão (T=62) Masculinidade/Feminilidade (T=59), dados que corroboram com a informação obtida durante a anamnese e os colóquios.

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	300.23	Fobia Social, Generalizada [F40.1]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário Situação familiar gravosa
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: O utente preenche os critérios de dependência de substâncias, nomeadamente o álcool, substância consumida em quantidades crescentes até atingir a intoxicação, sendo consumido em quantidades superiores e por um período longo, verificando-se a necessidade de abandonar atividades importantes como o trabalho. Este consumo ocorre em qualquer ocasião no mesmo período de 12 meses. O diagnóstico atribuído deve-se essencialmente à história clínica e biopsicossocial do utente, bem como o problema atual não é melhor explicado por outras perturbações mentais não induzidas por substâncias. Isto porque e segundo o DSM-IV-R (2002), as Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por

substâncias. É ainda de salientar que M. apresenta alguma sintomatologia ansiosa, que nos leva a inferir a presença de uma Perturbação de Ansiedade, nomeadamente, 300.23 Fobia Social, Generalizada. A Fobia Social deve ser distinguida da ansiedade normal, dado esta ser por vezes adaptativa, isto é, muitos sujeitos sentem ansiedade perante pessoas desconhecidas; contrariamente a Fobia Social origina ansiedade e mal-estar extremo, provocando no sujeito alterações no seu funcionamento. No presente caso, verifica-se que M., necessita de ingerir álcool para se sentir mais à vontade na sua relação com os pares e situações de interação social. Segundo o DSM-IV-TR (2002), a Fobia Social é caracterizada pelo evitamento de situações sociais na ausência de Ataques de Pânico inesperados e recorrentes. Posto isto, exclui-se o diagnóstico de Perturbação de Pânico, dado o utente não reunir sintomas e sinais que preencham os critérios deste diagnóstico (e.g., o utente nunca apresentou sintomas e sinais de ataque de pânico), bem como se exclui outras perturbações associadas, como por exemplo Perturbação Depressiva *Major*, Distímia, Perturbação Dimórfica Corporal, Esquizofrenia, uma vez, que os sintomas apresentados pelo utente não ocorrem somente durante a evolução de outra perturbação. Embora, haja uma grande sobreposição entre a Fobia Social, do tipo Generalizado, e a Perturbação Evitante da Personalidade, esta segunda é excluída do presente diagnóstico, dado o utente não reunir todos os critérios. M. apresenta ainda um conjunto de sintomas que nos levam a inferir a existência de Perturbação Paranóide da Personalidade. No entanto, exclui-se esta perturbação de personalidade devido a presença de Perturbação Relacionada com Substâncias no Eixo I, que parece resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranóide da Personalidade (Frances & Ross, 2004). É ainda excluída a Alteração da Personalidade Secundária a um Estado Físico Geral, por não apresentar critérios para tal.

Observação e Intervenção: Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a relação terapêutica de confiança e empatia; motivar o utente para o tratamento; identificar e produzir mudanças nos pensamentos desadaptativos, reduzindo os pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima. Como o utente apresenta aparentemente sinais idênticos aos da Perturbação da Personalidade Paranóide a adesão ao tratamento parece ser muito difícil pela própria característica do transtorno de não confiar nos outros, inclusive em profissionais de saúde, pelo facto de abordar temas relativos à sua intimidade com receio de ser traído, de não precisar factos para chegar a conclusões e de dificilmente aceitar o diagnóstico. Foi fundamental trabalhar com M. a inferioridade, e para isso na CT a ferramenta mais útil é o confronto na relação com os outros (Leal, 2008).

Posteriormente tratar da relação familiar, pois também está na base dos seus consumos a destruturação familiar (Bergeret, 2004), tendo em conta o modelo sistémico. Para o tratamento da fobia social, foi utilizado o modelo de terapia cognitivo comportamental, que dá ênfase às interações entre as crenças nucleares dos indivíduos, às estratégias interpessoais disfuncionais e caracteristicamente superdesenvolvidas e às influências ambientais (Beck, 2007). Foram ainda delineadas as seguintes estratégias terapêuticas: estabelecer um vínculo de confiança e intimidade, estimular, praticar e reforçar testes de realidade baseados em factos e probabilidades mais realísticas antes de tirar conclusões, treino da assertividade e desenvolvimento de habilidades sociais, estratégia entretanto implementada na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em M., tendo sido uma experiência agradável, uma vez que houve progressos por parte do utente. A mudança, apesar de lenta, foi notória. O utente terminou com sucesso o período de seis meses de tratamento, tendo transitado de forma satisfatória para a “Fase da Reinserção”.

2.5.4. Caso “AV”

Resumo do Caso “AV” (caso descrito, ver anexo XII)

Nome: “AV”

Idade: 65 anos

Enviado por: Segurança Social e Serviços de Psicologia do Hospital de Valadares.

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. AV esteve na guerra do Ultramar, com suspeita de Perturbação de Stresse Pós-Traumático, por ter presenciado a morte de um companheiro, ferimentos graves e ameaças à integridade física do próprio e de outros, com atuais pensamentos e sonhos perturbadores recorrentes acerca da guerra. Apresenta dificuldades em adormecer, dificuldade de concentração, hipervigilância e mal-estar significativo, com deficiência no funcionamento social. Na sua entrada em CT em Outubro de 2013, refere ter sido enviado pela Segurança Social e Serviços de Psicologia do Hospital de Valadares, com o objetivo de se tratar da dependência de álcool. AV abandonou o tratamento em Abril de 2014.

Instrumentos utilizados: Anamnese; *Symptom Checklist -90- revised* (SCL – 90 – R), (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1999); *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C), versão civil, (Gonçalves, Lima & Marques Pinto, 2006) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Os resultados obtidos no *Symptom Checklist -90- revised* (SCL – 90 – R), revelam que AV apresenta um Índice de Sintomatologia Positiva elevado, pelo que o sofrimento psicológico de sintomas e de stresse são significativos. O Índice de Sintomas Positivos revela intensidade dos sintomas. O total de Sintomas Positivos indica amplitudes e diversidades psicopatológicas. Relativamente à avaliação do diagnóstico de PTST, os resultados do PCL-C cotaram na escala total 48 pontos; na subescala para avaliar a presença do Critério B segundo o DSM-IV cotou 18 pontos; na subescala para avaliar o critério C cotou 18 pontos, na subescala para avaliar o critério D cotou 9 pontos. Estes resultados indicam que AV terá sintomas relativos aos três critérios – re-experenciar o acontecimento traumático de forma persistente; sintomas de aumento de ativação indicados por mais de dois itens. Por análise do MMPI-2, o utente apresenta resultados nas escalas de validade, que indicam que o protocolo é válido, uma vez que o utente respondeu a todas as questões (?=0). A pontuação obtida na escala da mentira é moderada (L=56), o que pode indicar que AV poderá ter omitido a negação de faltas sociais.

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	309.81	Perturbação Pós-Stress Traumático [F48.1]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Nenhum.
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário
	V61.10	Problema conjugal [Z63.0]
	V61.20	Problema relacional pais – filhos [Z63.8]
Eixo V	AGF = 60	(no momento da admissão)
	AGF = 65	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: Tendo em conta os dados da avaliação psicométrica bem como a história do utente e a observação de comportamentos, entende-se que o utente apresenta para além dos hábitos etílicos, uma Perturbação de Stresse Pós-Traumático, dados que corroboram com a anamnese e colóquios feitos ao utente.

Observação e Intervenção: AV abandonou o tratamento, não tendo sido possível terminar a intervenção na sua totalidade. Apesar disso, aplicou-se inicialmente uma abordagem psicoeducacional que incluiu informação ao doente sobre a possibilidade de ter sintomas precoces de seguida a um fator de stresse extremo. Foi explicado ao utente que a ocorrência de pensamentos intrusivos e de pesadelos, reações de surpresa e respostas

fisiológicas a estímulos desencadeadores, se tornam menos aterrorizantes se AV compreender antecipadamente que se trata de reações previsíveis e provavelmente de curta duração. Visto tratar-se de um utente com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático, a prevenção é mais fácil de obter do que a cura, neste sentido, associou-se a psicoeducação continuada explorando as cognições, comportamentos de exposição e a mediação. Ao longo da intervenção foi importante ir alimentando as expectativas de que AV iria recuperar. Embora AV tenha abandonado o tratamento, participou ainda em algumas sessões de intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em AV, apesar de ter abandonado a CT, em Abril de 2014, por conflitos entre utentes e terapeutas.

2.5.5. Caso “F.”

Resumo do Caso “F.” (caso descrito, ver anexo XIII)

Nome: “F.”

Idade: 52 anos

Enviado por: Segurança Social; Obrigatoriedade de Tratamento/Judicial e familiares.

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. Na sua entrada em CT em Outubro de 2013. F. refere esta decisão como sendo da sua própria vontade e por aconselhamento familiar, com o objetivo de se tratar da dependência de álcool. Desde o agravamento desta problemática e por lhe ter sido apreendida a carta de condução por variadas vezes e ser apanhado pela GNR devido a condução com excesso de álcool, foi aconselhado até pelo próprio Tribunal, a fazer tratamento. Revela suspeitas sem bases suficientes acerca da lealdade ou confiança de amigos e um medo injustificado de que a informação possa maliciosamente usada contra si.

Instrumentos utilizados: Anamnese; Matrizes progressivas de Raven (SPM) (Raven Court & Raven, 1994); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de *Raven* (SPM), revelam que F. cotou um QI de 130, situado no grau I, que corresponde a uma inteligência brilhante. O que significará que o utente possuirá uma inteligência geral muito acima da população em geral com a sua idade e grau de escolaridade. De destacar a inteligência precetiva, a inteligência não-verbal, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a

capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, a competência na dedução e na observação de relações acerca de uma estrutura completa. No que concerne aos resultados obtidos no *Brief Symptom Inventory* (BSI), verifica-se por meio do ISP que F. possui valores similares ao da população em geral (ISP=1.5), não sofrendo de instabilidade mental e emocional acentuada. Assim sendo, apenas duas dimensões clínicas cotam valores elevados: Depressão (T=2.3) e Sensibilidade Interpessoal (T=2.7). Tal poderá significar que o utente terá sintomas de humor disfórico ou depressivo, com falta de energia vital, de motivação e de vontade de viver. O utente também poderá ter sentimentos de inadequação e inferioridade em especial quando se compara a outras pessoas. Da mesma forma, é propenso à autodepreciação, hesitação ou timidez. Por análise do MMPI-2, o utente apresenta resultados na escala da mentira de (L=47), o que indica que F. não terá dado uma imagem favorável de si, na escala de validade/ incoerência, com uma pontuação moderada (F=63) indicando que F. tentou evitar dar respostas de conteúdo socialmente desadequado, ou terá respondido a algumas questões ao acaso. As pontuações mais elevadas verificaram-se na Paranóia (T=75) e na Sensibilidade Interpessoal (T=66). A escala da Depressão (T=60) e da escala masculinidade/feminilidade (T=56) revelaram valores moderados.

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Esteatose Hepática, Colesterol
	401.9*	Hipertensão essencial
Eixo IV	V61.10	Problema conjugal [Z63.0]
		Problemas de grupo com o sistema legal/crime (apreensão da carta de condução)
		Obrigatoriedade de Tratamento
Eixo V	AGF = 60	(no momento da admissão)
	AGF = 65	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: Considerou-se que o quadro atual de F. é melhor explicado pela presença de uma Perturbação Relacionada com Substâncias. Assim, a Dependência de álcool com dependência fisiológica, verifica-se através da coleta de dados da história clínica e biopsicossocial do utente. Deste modo, excluem-se outras perturbações mentais não induzidas por substâncias, apesar das Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, tal como refere no

DSM-IV-TR, (2002). Para além desta perturbação, o utente apresenta sintomas que nos leva indevidamente a inferir outra perturbação, sendo esta a Perturbação Paranóide da Personalidade. No entanto, esta hipótese foi excluída, dado o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (2002), referir não poder ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias, o que acontece no presente caso. Também foi excluída a Alteração de Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral, por não preencher critérios para tal. É de salientar que os sintomas provocados pelo consumo abusivo de substâncias parecem resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranoide da Personalidade (Frances & Ross, 2004).

Observação e Intervenção: Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a relação terapêutica de confiança e empatia; motivar o utente para o tratamento; identificar e produzir mudanças nos pensamentos desadaptativos, reduzindo os pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima. Como o utente apresenta aparentemente sinais idênticos aos da Perturbação da Personalidade Paranóide a adesão ao tratamento parece ser muito difícil pela própria característica do transtorno de não confiar nos outros, inclusive em profissionais de saúde, pelo facto de abordar temas relativos à sua intimidade com receio de ser traído, de não precisar factos para chegar a conclusões e de dificilmente aceitar o diagnóstico. Neste sentido, foi utilizada a terapia cognitivo-comportamental, por ser útil, em especial a terapia dos esquemas que é específica para tratar este tipo de transtornos de personalidade. Foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas: estabelecer um vínculo de confiança e intimidade, estimular, praticar e reforçar testes de realidade baseados em factos e probabilidades mais realísticas antes de tirar conclusões, treino da assertividade e desenvolvimento de habilidades sociais, estratégia entretanto implementada na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em F., que concluiu o tratamento em Maio de 2014, tendo diretamente regressado ao seu meio familiar.

2.5.6. Caso “PN”

Resumo do Caso “PN” (caso descrito, ver anexo XIV)

Nome: “PN”

Idade: 47 anos

Enviado por: Unidade Hospitalar de Matosinhos.

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. PN refere na sua entrada em comunidade em Novembro de 2013 como sendo da sua própria vontade e por aconselhamento da Unidade Hospitalar de Matosinhos, com o objetivo de se tratar da dependência de álcool, após várias tentativas de tratamento, sem sucesso. Apresenta relutância em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação possa maliciosamente ser usada contra si e suspeita sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganam. PN demonstra uma interação com os outros, caracterizada por sedução sexual inapropriada, bem como comportamentos provocadores, revelando também um desconforto em situações em que não é o centro das atenções.

Instrumentos utilizados: Anamnese; Matrizes progressivas de *Raven* (SPM) (Raven Court & Raven, 1994); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de *Raven* (SPM), revelam que PN terá um QI entre os 90 e 100, correspondente ao grau IV e indicador de que o utente terá uma inteligência normal corrente. Isto significa que a inteligência não-verbal, a inteligência percetiva, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, a competência na dedução e observação de relações acerca de uma estrutura completa é similar aos da população geral com a sua idade e grau de escolaridade. No que concerne aos resultados obtidos no *Brief Symptom Inventory* (BSI), PN teve no ISP a cotação de 1.7. encontrando-se no ponto de corte do instrumento, pelo que poderá encontrar-se com moderada instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas foram: Obsessivo-Compulsivo (2.8), Psicoticismo (2.6), Hostilidade (2.4), Depressão (2.0), Ideação Paranóide (2.0). Tal poderá significar que PN terá impulsos e comportamentos persistentes aos quais sentirá dificuldades em resistir. Por análise do MMPI-2, o utente apresenta as escalas de validade do MMPI-2 que indicam que o protocolo é válido (?=0). A escala da mentira (L=58) indica que PN não terá tentado dar uma imagem favorável de si e a escala de validade/ incoerência (F=58) indica que o utente terá dado algumas respostas ao acaso. As escalas clínicas com cotações mais elevadas foram a Histeria (T=74) e a Depressão (T=72). As cotações de Psicopatia (T=66), Psicastenia (T=67) e Esquizofrenia (T=67) foram altas. As cotações das restantes escalas encontram-se dentro da normalidade, com exceção da Ideação Paranóide (T=58) que teve um resultado moderado.

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III	070.51	Hepatite Viral C
	070.30	Hepatite Viral B
	011.9*	Tuberculose Pulmonar
	366.9*	Cataratas
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário Desemprego
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: A avaliação realizada e, consequente diagnóstico leva-nos a inferir Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica. Uma vez que o utente preenche os critérios para o diagnóstico acima referido, exclui-se deste modo, outras perturbações mentais não induzidas por substâncias. É de salientar que, e segundo o DSM-IV-R (2002), as Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, no entanto, o utente não preenche critérios destas perturbações. Apesar de PN apresentar sintomatologia que nos leva a inferir uma Perturbação Histriónica da Personalidade, esta não é atribuída pelo simples facto de o Manual de Diagnostico Estatístico das Perturbações Mentais (2002), citar que não pode ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias. Excluindo-se assim, esta perturbação.

Observação e Intervenção: PN abandonou o tratamento, não tendo sido possível terminar a intervenção na sua totalidade. A intervenção proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahiouiu & Reynaud, 2008). A intervenção psicoterapêutica para PN, foca-se, primeiramente, essencialmente na diminuição da ansiedade que este apresenta, ensinando-se técnicas de relaxamento. Por último, seria importante abordar estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007) e neste sentido, promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao mundo real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em PN. Uma vez que se envolveu com uma utente, facto que o levou a ter que se desculpar perante toda a CT, ao que PN se recusou e por iniciativa própria, abandonou o tratamento em Janeiro de 2014.

2.5.7. Caso “JB”

Resumo do Caso “JB” (caso descrito, ver anexo XV)

Nome: “JB”

Idade: 42 anos

Enviado por: Unidade Hospital de Matosinhos, após várias tentativas falhadas de tratamento.

Problema/ motivo: Tratamento de reabilitação de álcool. JB refere na sua entrada em comunidade em Janeiro de 2014, ter sido transferido diretamente de uma unidade hospitalar em Matosinhos, por apresentar uma patologia no fígado (fígado gordo), tendo-lhe sido dados poucos meses de vida, caso não se tratasse e por aconselhamento familiar. Encontra-se internado na CT devido ao seu problema de abuso de álcool. Revela suspeita, sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganam, o que acarreta preocupações com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança de amigos.

Instrumentos utilizados: Anamnese; Matrizes progressivas de *Raven* (SPM) (Raven Court & Raven, 1994); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).

Resultados: Nas Matrizes Progressivas de *Raven* – SPM, a cotação revela que JB deterá um QI entre os 70 e 80, correspondente ao grau VI, e indicador de que o utente terá uma inteligência fronteiriça. Isto significa que a inteligência não-verbal, a inteligência percetiva, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, a competência na dedução e observação de relações acerca de uma estrutura completa, encontra-se abaixo aos da população geral com a sua idade e grau de escolaridade. No que concerne aos resultados obtidos no *Brief Symptom Inventory* (BSI), revelou uma cotação no Índice Geral de Sintomas de 115, o que significa que JB terá elevados níveis de stresse, e no Índice de Sintomas Positivos cotou 2.17. Sendo que o ponto de corte no ISP é de 1.7, verifica-se que o utente se encontrará com instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas foram: Obsessão-Compulsão (4.0), Depressão (3.5), Psicoticismo (2.6), Ansiedade (2.5), Ideação Paranóide (2.4). No MMPI-2,

para avaliação da personalidade as escalas de validade indicam que o protocolo é válido ($V=0$). A escala da mentira ($L=51$) indica que o utente não terá tentado dar uma imagem negativa de si. Porém, a cotação da escala de validade/ incoerência foi elevada ($F=79$) havendo a possibilidade do utente se ter recusado a dar respostas cujo conteúdo fosse socialmente inadequado.

Avaliação Multiaxial:

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Patologia no fígado
Eixo IV		Problemas com o sistema legal/ crime (carta de condução apreendida várias vezes) Desemprego Situação familiar gravosa
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Resultados da avaliação: O diagnóstico atribuído deve-se à história clínica e biopsicossocial do utente, bem como o problema atual não é melhor explicado por outras perturbações mentais não induzidas por substâncias (apesar das Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, tal como refere no DSM-IV-R, 2002). Dada a dificuldade de diferenciação de diagnóstico relativamente à sintomatologia apresentada, e após despiste através da perturbação da personalidade através do MMPI-2, foi considerada a possibilidade do utente ter uma Perturbação Paranoide da Personalidade. No entanto, esta hipótese foi excluída, dado o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (2002), referir não poder ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias, o que acontece no presente caso. É de salientar que os sintomas provocados pelo consumo abusivo de substâncias, parecem resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranoide da Personalidade (Frances & Ross, 2004). Também foi excluída a Alteração de Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral, por não preencher critérios para tal.

Observação e Intervenção: Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a relação terapêutica de confiança e empatia; motivar o utente para o tratamento; identificar e produzir mudanças nos pensamentos desadaptativos, reduzindo os

pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima. Como o utente apresenta aparentemente sinais idênticos aos da Perturbação da Personalidade Paranóide a adesão ao tratamento parece ser muito difícil pela própria característica do transtorno de não confiar nos outros, inclusive em profissionais de saúde, pelo facto de abordar temas relativos à sua intimidade com receio de ser traído, de não precisar factos para chegar a conclusões e de dificilmente aceitar o diagnóstico. Foram ainda delineadas para esta intervenção, estratégias entretanto implementadas na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária, como o treino de habilidades sociais, treino do autocontrolo e de assertividade, treino de relaxamento, gestão de stresse e da ansiedade; identificação de situações de alto risco e reestruturação cognitiva (Rangé & Marlatt, 2008).

Resultados da avaliação: Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em JB, que apesar de colaborativo revelou atribuir pouca seriedade em todo o seu processo terapêutico.

2.6. Intervenção em Grupo

No âmbito do estágio curricular a psicóloga-estagiária foi responsável por uma intervenção em grupo aos utentes que se encontram inseridos no programa Álcool, pertencentes à valência da CT do CSSB-PH. Através da avaliação das necessidades previamente referidas, verificou-se a pertinência da concretização de um Treino de Habilidades Sociais (THS), no sentido de dar a conhecer aos utentes dessa valência, recursos que pudessem melhorar o funcionamento psicossocial e auxiliar a ultrapassar a vulnerabilidade e stresse. Comprova-se que este tipo de treino é bastante benéfico em indivíduos portadores deste tipo de dependência e que apresentam reduzidas competências, sendo por isso, bastante utilizado (Lieberman, 2007).

Este tipo de treino abarca técnicas clínicas e educacionais e é bastante utilizado, para além de determinadas perturbações mentais, em sujeitos que apresentam dificuldades sociais, que sofram de Alcoolismo ou de Abuso de Substâncias (Bueno, Oliveira & Oliveira, 2001; Caballo, 1993; Liberman, 2007).

Durante o processo de planeamento deste programa de intervenção, adaptado especificamente para esta CT, foi realizada uma profunda pesquisa bibliográfica em manuais sobre a aplicação deste tipo de Treino em áreas como esta. Além disso, foram avaliadas as necessidades individuais de cada utente ao longo do estágio curricular. Neste sentido, foi elaborado e construído um programa de Intervenção em Grupo de THS.

Com a intervenção em grupo, pretendeu-se trabalhar com os utentes nas seguintes áreas: resolução de problemas; comunicação; cooperação de uma forma assertiva; prevenção e redução de problemas de comportamento; relações interpessoais socialmente aceites, nomeadamente no treino de comunicação não-verbal, como reagir a uma crítica, conhecer e dar-se a conhecer, como iniciar uma conversa, atribuir e receber elogios.

O programa de intervenção em grupo foi constituído por dez sessões. Cada sessão teve uma duração média de 1h/ 1h30m. Cada sessão, na sua generalidade, teve um objetivo geral e vários objetivos específicos, sendo que, cada uma delas será operacionalizada através de um procedimento e materiais específicos.

Todas as sessões serão implementadas através de: 1) identificação das dificuldades dos utentes em relação ao tema da sessão; 2) apresentação do racional do tema da sessão; 3) promoção da aprendizagem e domínio das estratégias apresentadas na sessão; 4) avaliação da sessão. Este último item irá auxiliar no levantamento das necessidades dos utentes e avaliar o seu grau de motivação com a intervenção proposta.

2.6.1. Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo

A dependência de substâncias pode dever-se a determinados fatores, nomeadamente, predisposição biológica, habilidades sociais inadequadas, rejeição social, baixa qualidade e/ou pouca consistência das relações familiares, problemas emocionais e psiquiátricos, história de comportamento anti-social e delinquência, baixa auto-estima e auto-conceito.

A maioria destes utentes chega à CT contra vontade, sem nenhuma ideia clara da direção da mudança e em consequência, desmotivados. Neste sentido, a motivação destes utentes tem uma fonte externa, que os pressiona e os incentiva para essa mudança, entre eles, membros da família, patrões, psicólogos e muito frequentemente o sistema judiciário. Muitos vêm de ambientes com pouca orientação emocional, ou comportamental para as tarefas de uma vida responsável, dado que estes utentes receberam pouca ajuda para desenvolver habilidades sociais.

Antes do início das sessões, foram efetuadas as anamneses a sete dos participantes. Deste modo foram reunidas todas as informações relevantes acerca da vida de cada um e assim pudemos avaliar melhor quais as suas necessidades e quais as áreas a trabalhar, verificando-se que são sobretudo nas áreas da família, afetiva e social. Carecem de apoio, de uma família presente e ativa no tratamento e uma rede social forte, só assim conseguirão atingir o objetivo, a reabilitação. São utentes cheios de inseguranças. Por isso torna-se importante acreditar e apoiá-los, porque por detrás da sua toxicodependência está uma pessoa

que tem sentimentos, emoções e vivências, que importam trabalhar, pois até agora viveram num mundo de grande sofrimento com eles próprios e com os outros, desvalorizando-se.

Posto isto é de extrema relevância a aplicação de um Programa de Treino de Habilidades Sociais (PTHS), para este tipo de população problemática. Começando por enunciar algumas designações, o THS pode ser compreendido como um tratamento que visa ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar a sua competência interpessoal e individual em classes específicas de situações sociais. O THS tem vindo a ser considerado como auxiliar no tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas, contemplando a promoção de habilidades sociais dos dependentes, além da criação e maximização das redes de apoio social (família, trabalho e religião), em busca da prevenção dos comportamentos dependentes e das recaídas de ex-dependentes (Caballo, 2003).

A origem do movimento das habilidades sociais é atribuída a Salter (1949), considerado um dos pais da terapia comportamental. Promoveu técnicas para aumentar a expressividade verbal e facial descritas no seu livro *Conditioned Reflex Therapy* (Bolsoni-Silva, 2002).

Os principais objetivos deste PTHS são a focalização no treino assertivo e nas estratégias de comunicação para o desvio e a negociação frente às drogas, em combinação com habilidades para solução de problemas e tomadas de decisões (Wagner & Oliveira, 2007). Outro dos objetivos é fazer com que os utentes participantes, aprendam a expandir as suas habilidades de resolução de problemas e adotar estratégias que não os prejudiquem e que sejam vistas pelos outros como socialmente mais apropriadas (Beck, Freeman & Davis 2005).

A aplicação do THS é indicado para prover um repertório social competente, quando a falha é identificada como causa primária ou como causa secundária do problema clínico. É apropriada para indivíduos com altas taxas de inadequação social associadas a problemas psicológicos, psiquiátricos, sociais, como por exemplo, transtornos afetivos e de ansiedade, esquizofrenia, timidez e isolamento social, problemas conjugais e familiares, problemas de agressividade e delinquência, abuso e dependência de substâncias psicoativas, alcoolismo, crianças em risco ou com necessidades educativas especiais, entre outros (Prette & Prette, 1999).

Dentro das várias técnicas de THS, optou-se pela do Reforço, isto é, a existência de um reforço no final de cada sessão, simbolicamente representado por cartões verdes. O Reforço pode ser definido como qualquer consequência, apresentada em seguida a um comportamento, podendo ser positivo ou negativo, embora este último não seja utilizado no THS. É pedido aos elementos do grupo que façam uma atividade e se esta for cumprida de forma adequada é-lhes

atribuído um reforço, pode ser alguma coisa que gostem ou simplesmente um elogio. O uso da técnica de reforço, no THS tem como objetivos, a instalação de componentes comportamentais importantes para gerar consequências e a aprendizagem das habilidades de dar e receber reforços sociais (Prette & Prette, 1999). Neste PTHS, o sistema de reforços a aplicar, dá-se por recurso a cartões verdes. No final do programa e mediante a acumulação de pontos, os participantes que consigam maior número de cartões verdes, terão um prémio individual. No entanto, o incumprimento dos objetivos propostos poderá implicar a perda de cartões verdes. As áreas de desenvolvimento do THS incluem assunção de perspetivas, controlo de impulsos, comunicação efetiva, regulação das emoções, tolerância à frustração, assertividade, pensamento consequencial, antecipação da resposta e reestruturação cognitiva.

Há vários estudos que comprovam a eficácia do THS em toxicodependentes. Segundo Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004), entre os vários programas testados e que apresentaram bons resultados pode-se citar o *Life Skills Training*, que propõe três eixos de atividades, cada um focado no desenvolvimento de habilidades sociais distintas. O eixo do autocontrolo, onde os participantes aprendem a analisar a sua autoimagem e os efeitos desta no seu comportamento, a determinar objetivos pessoais de vida, a monitorizar os progressos relativos a esses objetivos, a identificar comportamentos e decisões que foram influenciados por outras pessoas. No eixo das habilidades sociais, os participantes são expostos a técnicas para superar a timidez e as dificuldades de comunicação, como ser firme na comunicação verbal e não-verbal, tanto na recusa como na aceitação de convites. Bem como trabalhar com o reconhecimento e alternativas viáveis a passividade ou agressividade perante situações difíceis e por fim, o último eixo que diz respeito à habilidade para resistir às drogas, que tem como objetivo ajudar os participantes a identificar mitos e concepções, disseminadas, equivocadas no que diz respeito aos cigarros, medicamentos, e drogas ilegais, bem como ajudá-los a lidar com a pressão que os *mass media* e os amigos exercem para que usem substâncias.

De acordo com Wagner (2007), a aprendizagem de novas habilidades sociais capacita os indivíduos que possuem dificuldades para serem assertivos, a defenderem os seus direitos de forma mais efetiva quando houver a pressão de outras pessoas para consumirem drogas.

Ainda segundo o mesmo autor citado anteriormente, Wagner (2007), a prática do THS é fundamental, visto que os indivíduos ficam muito tempo ajustados em interações sociais. Ao conseguirem ser socialmente habilidosos, promovem interações sociais satisfatórias, com aumento dos reforçadores, o que pode auxiliar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas. O THS tem sido utilizado como técnica terapêutica da abordagem cognitivo-

comportamental, e estudos comprovam a sua eficácia no tratamento da dependência de substâncias.

Pesquisas em THS, têm demonstrado uma relação direta entre baixo índice de habilidades sociais (HS), dificuldades e conflitos na relação com outras pessoas, pior qualidade de vida e diversos tipos de transtorno psicológico.

Estudos que envolvem habilidades sociais e uso de substâncias, apontam para relações significativas entre défices em HS e uso de álcool e outras drogas, bem como para o treino em habilidades sociais no tratamento e prevenção de abuso de substâncias (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006).

No THS o (re) início do processo de mudança é crucial, devendo sempre privilegiar a auto-reflexão e auto-consciencialização sobre a vida no momento presente (Guerra & Lima, 2005).

Na experiência do treino de habilidades sociais, os indivíduos demonstram aumento da capacidade de reflexão em situações de resolução de problemas, melhoria nos relacionamentos interpessoais, na comunicação e da qualidade de vida física e mental (Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006).

O THS contribui para a eficácia, pelo menos a curto prazo, das estratégias de sobrevivência e de assertividade destes indivíduos (Campos, Prette & Prette, 2000).

Os resultados evidenciam que no final das sessões de THS, os participantes apresentam uma redução na pontuação referente aos distúrbios e à síndrome do comportamento delinquente (Murta, 2005). Assim, o THS é um componente crucial do tratamento de adictos (Beck et al, 2005).

2.6.2. População-Alvo

A população-alvo deste THS foram 15 utentes que se encontram inseridos na valência da CT, do CSSB-PH, com idades compreendidas entre os 30 e os 66 anos e, na generalidade, encontram-se em tratamento de álcool.

2.6.3. Objetivos da Intervenção em Grupo

O objetivo geral do THS foi aumentar a coesão do grupo e melhorar o reportório de habilidades sociais dos seus membros.

Neste seguimento, os objetivos específicos trabalhados ao longo do programa foram:

- a) Aumentar a auto-estima e motivação, aliada à promoção do seu bem-estar;
- b) Fortalecer uma relação saudável com os seus pares;

- c) Proporcionar estratégias para organizar o seu comportamento;
- d) Aprender a auto reforçar-se;
- e) Aumentar o autoconceito;
- f) Fortalecer o comportamento assertivo;
- g) Conhecer os estilos de relacionamento interpessoal;
- h) Treinar a expressão do sentimento.

2.6.4. Estrutura do Programa

O presente programa de intervenção em grupo foi constituído na globalidade por 10 sessões de intervenção. As sessões ocorriam uma vez por semana inicialmente. Por questões de limite de tempo, passaram a duas intervenções por semana e tinham a duração média de 1h a 1h.30 minutos. Cada sessão, na sua generalidade, teve um objetivo geral, e vários objetivos específicos, sendo cada um deles operacionalizado através de um procedimento particular e com materiais específicos, exposto no manual (cf. Anexo XVII) e plano em anexo (cf. Anexo IXX).

Todas as sessões seguiram os seguintes passos: 1) identificação das dificuldades dos utentes em relação ao tema da sessão; 2) apresentação do racional do tema da sessão; 3) a promoção da aprendizagem e domínio das estratégias apresentadas na sessão; 4) avaliação da sessão. Este último item serviu para levantar as necessidades dos utentes e avaliar a opinião dos utentes face à participação nas sessões e fazer a promoção da integração e generalização das aprendizagens efetuadas ao longo das sessões.

Quanto às condições físicas, foi utilizada uma sala ampla, isolada de ruídos exteriores, com cadeiras (a sua disposição foi maioritariamente circular).

2.6.5. Estratégias utilizadas na Intervenção em Grupo

As estratégias utilizadas na intervenção em grupo foram maioritariamente cognitivo-comportamentais.

Através delas foram utilizadas: técnicas expositivas e de prevenção de resposta; a modelagem; o *role-play*; o ensino de estratégias de *coping*; a exploração das várias componentes do reportório de habilidades sociais, tais como o reconhecimento de emoções, as componentes da comunicação social, os comportamentos assertivos, entre outras; a averiguação e promoção do treino prático na vida diária das competências adquiridas, nomeadamente dentro do próprio grupo e durante as suas tarefas dentro e fora da CT.

2.6.6. Estratégias de Avaliação

Para a elaboração e aplicação do THS, foi realizado com cada um dos utentes uma entrevista semi-estruturada (cf. Anexo XXI) de carácter breve e aplicado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) (cf. Anexo XXII).

Foram ainda criadas fichas individuais de cada utente para este programa, com o objetivo de, no final de cada sessão, serem registados os comportamentos e a evolução semanal de cada participante. Isto também permitiu o ajustamento das metodologias das sessões planificadas às necessidades dos utentes.

2.6.7. Avaliação da Intervenção em Grupo

A nível da avaliação qualitativa, verificou-se que as dinâmicas auxiliaram a consolidar a coesão do grupo e a aliança terapêutica. Para uma maior compreensão dos objetivos, os utentes necessitaram de dinâmicas muito práticas e restritas.

Na generalidade, os utentes cooperaram e mantiveram uma postura adequada, indicando, no final do THS, que observaram muitos assuntos sobre os quais nunca tinham refletido.

2.7. Atividade da Ação de Formação: “Emoções e Sentimentos”

As ações de formação são um instrumento muito importante para transmitir conhecimentos e saberes aos seus participantes, sendo um meio crucial na superação de algumas necessidades existentes na CT.

Tendo em conta as necessidades acima identificadas no ponto 2.1., “*Avaliação das Necessidades*”, considerou-se como uma mais-valia, a realização de uma ação de formação fundamentada na temática “*Emoções e Sentimentos*”, para que se proporcionasse aos utentes da CT, uma melhoria da qualidade de vida e uma gestão emocional e dos sentimentos dentro e fora da Comunidade. Assim, a atividade desenvolvida teve como público-alvo todos os utentes inseridos no PH ($N=60$), de forma a elucidá-los sobre algumas temáticas que serão indispensáveis ao dia-a-dia dentro e fora desta CT, no que respeita à gestão de conflitos, trabalhar a gestão e regulação emocional, aprender a sentir, entender, exprimir e lidar com emoções e sentimentos, independentemente de serem sentimentos de raiva, dor, alegria, saudade, amor, que ocorrem no dia ou semana, com o intuito de melhoria do relacionamento fora ou dentro do grupo. A ajudar o utente a descobrir-se como pessoa sensível e também aos outros como seres sensíveis, de forma a proporcionar um momento de reflexão, permitindo assim que o utente expresse sentimentos face à sua pessoa.

2.7.1. Fundamentação Teórica da Ação de Formação

Durante muito tempo, a psicologia negligenciou e colocou para segundo plano o estudo das emoções. Estas não eram especialmente valorizadas enquanto fenómeno científico, mas eram vistas como irracionais e disfuncionais e por isso não se constituíam como uma área de investigação passível de se desenvolver.

Contudo, nos últimos anos, o estatuto das emoções alterou-se substancialmente. As emoções são atualmente consideradas como um elemento fulcral na vida e prática humana, sendo por isso, consideradas essenciais para a perceção do comportamento e funcionamento humano em quase todos os ramos da psicologia (Davidson, 1994; Lazarus, 2000; Ortony, Clore, & Collins, 1988).

São vários os investigadores que têm vindo a procurar caracterizar e diferenciar os diferentes fenómenos relacionados com o conceito das emoções, como o afeto ou estados de humor, que por variadas vezes são usados indiscriminadamente e sem qualquer tipo de distinção (Batson, Shaw, & Oleson, 1992).

A mais fundamental expressão de valor ligada a uma experiência emocional, é o afeto (Frijda, 1999; Gauvin & Spence, 1998), que compreende diferentes categorias de sentimentos, como as emoções e os estados de humor (Batson et al., 1992; Sedikides, 1995). Pode ser considerado como o conceito mais geral e fundamental de todos os fenómenos afetivos (Hardy, Hall, & Alexander, 2001). No que respeita às reações afetivas, estas poderão ser consideradas como básicas, no sentido em que são mais gerais e primitivas, do que os estados de humor e as emoções. Autores como Batson e colaboradores (1992), defendem que sem afeto, é impossível as pessoas experienciarem um estado de humor ou emoção. Funcionalmente, o afeto difere dos estados de humor, pois associa sentimentos de prazer ou de dor em relação a eventos futuros.

No que respeita às emoções, são distintas do afeto porque provêm dos objetivos pessoais de cada indivíduo e da avaliação de cada um, quanto às posições atuais em relação a esses objetivos estabelecidos.

Assim, enquanto as emoções podem ser muito breves, por segundos apenas, os estados de humor tendem a perdurar por mais tempo, durando mais do que os poucos segundos de uma expressão facial, ou os minutos ou horas típicos de um episódio de medo, tristeza, ou raiva, podendo até persistir por vários dias (Ellis & Ashbrook, 1998; Oatley, 1992).

Damásio (2000), divide as emoções em duas áreas: primárias e secundárias. As primárias são inatas, evolutivas e partilhadas por todos, enquanto as secundárias são sociais e resultam de um processo de aprendizagem. As emoções primárias (o medo, a raiva, a tristeza

e a alegria) são inatas e estão ligadas à vida instintiva, à sobrevivência humana. O que pode resultar num processo físico de palidez da face e esfriamento das extremidades, com alteração dos movimentos respiratórios e dos batimentos cardíacos (Ballone, 2005). As emoções secundárias são estados afetivos de estrutura e conteúdos mais complexos do que em relação às primárias. São consideradas como aquelas que, ao atingirem a amígdala e produzirem uma emoção, sofrem a influência e o possível domínio do córtex cerebral, mudando a sua natureza primária. Neste sentido, estas emoções tornam-se respostas ou evitamento das emoções primárias (Abreu & Roso 2003). Segundo os mesmos autores, as emoções secundárias são consideradas e vistas como uma proteção usada pelo indivíduo para se proteger das primárias que muitas vezes são vistas como vergonha, ameaça, situação embaraçosa ou dolorosas por natureza.

Embora muitas vezes se confunda emoção com sentimento, estes conceitos diferem. Os sentimentos são duradouros e fáceis de esconder. Já as emoções são espontâneas e corporais (mãos suadas, agitação, choro, riso...) (Freitas-Magalhães, 2007).

As emoções são fundamentais no processo da comunicação, não só para nos adaptarmos como para a nossa própria sobrevivência. Quando estamos por exemplo em estado de surpresa diante de alguém ou de algum facto, o nosso corpo fica paralisado, sentimos um frio na barriga, o coração bate mais forte. A emoção é uma forma de manifestar o afeto, o que se caracteriza perante reações intensas e breves do nosso organismo, em resposta a um acontecimento inesperado (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009). A emoção é assim considerada como um impulso neural que move um organismo para a ação (Freitas-Magalhães, 2007).

Existe ainda um terceiro conceito, o afeto. O afeto é um termo genérico que abrange um grande número de sensações experienciadas pelo ser humano e que engloba tanto as emoções, como os sentimentos (Robbins, 2002). O afeto é a sensação imediata e subjetiva que temos em relação a um objeto, pessoa ou situação. Os afetos estão ligados às emoções e aos sentimentos, embora aqui implique falar de relação, de uma troca, em que se dá e se recebe, o que envolve sempre uma modificação dos elementos envolvidos. Nestas relações somos afetados pelos outros e afetámo-los. À medida que os estabelecemos, constrói-se a matriz da nossa vida pessoal e podem exprimir-se não só pelo amor, mas também pelo ódio.

Ora, em tons conclusivos, os sentimentos e as emoções afetam todo o nosso organismo e orientam-nos no nosso comportamento para a ação. Como não é algo que podemos visualizar, é abstrato, muitas vezes temos dificuldade em identificá-los ou entendê-los e

assim, organizá-los. Sentimos angústia, cansaço, confusão, o que nos impede até de pensar e, fugimos. Não queremos pensar e muito menos enfrentar, ainda que inconscientemente.

O que distingue essencialmente sentimento de emoção é que enquanto o primeiro é orientado para o interior, o segundo é eminentemente exterior. Isto significa dizer que o indivíduo experimenta a emoção, da qual surge um “efeito” interno, o sentimento. Por outro lado, os sentimentos são gerados por emoções e sentir emoções significa ter sentimentos.

Sentimentos e emoções caminham lado a lado e fazem parte de nossa vida, regulando o nosso estado interior na procura de um equilíbrio.

2.7.2. Objetivos da Ação de Formação

De acordo com o que se tem vindo a expor, foram definidos os seguintes objetivos para esta ação de formação:

- Objetivo Principal: Proporcionar aos utentes do PH ($N=60$), a aprendizagem de técnicas e estratégias relativamente às suas Emoções e Sentimentos, que lhes permitam prevenir e regular o stresse, bem como alcançar maior bem-estar subjetivo, refletindo numa melhoria da qualidade de vida, uma gestão emocional e dos sentimentos dentro e fora da CT.

- Objetivos Específicos: i) refletir com os utentes sobre o que são as emoções, como avaliar as emoções dos outros; ii) dar a conhecer de forma breve a teoria das emoções, entre elas a Teoria Clássica das Emoções; iii) avaliar quais os métodos utilizados pelos utentes como forma de detetar as emoções dos outros e refletir na sua melhoria; do mesmo modo, dar a conhecer o que são os sentimentos, bem como a sua correlação com as emoções; iv) e para terminar, ressaltar a importância e a distinção dos Afetos; v) exemplificação prática de exercícios ilustrativos e apelativos ao tema.

2.7.3. Plano de Sessão da Ação de Formação

A ação iniciou com a apresentação do tema da formação, os seus objetivos e a sua pertinência. Nesse sentido, foram utilizados materiais, tais como projetor, computador e colunas de som, para uma apresentação do tema em formato *Power Point* (cf. Anexo XXIII). Iniciou-se com a exposição ao tema “Emoções”, breve definição, distinção entre emoções primárias e secundárias, teoria clássica das emoções e demonstração visual de como expressar as emoções. Como forma de captar a atenção e participação dos utentes, após cada abordagem ao tema, foi ilustrado com a visualização de um vídeo no final de cada tema (cf. Anexo XXVII), assim como um pequeno exercício após cada visualização do filme. Por se tratar de um público-alvo problemático, esta técnica permitiu o silêncio, o respeito e o interesse em

estar e se manterem atentos durante toda a formação. Posteriormente à visualização do vídeo e como forma de serem avaliadas as capacidades de cada utente para a avaliação das emoções, foi sugerido um exercício de identificação através de expressões faciais, com a questão para cada slide de “Que emoção é exprimida neste rosto?”.

Na etapa seguinte, deu-se início ao tema dos “Sentimentos”, onde foi explicado o seu significado, bem como a distinção/ correlação entre Emoções e Sentimentos. Seguindo a metodologia aplicada pela psicóloga-estagiária, foi visualizado um filme sobre os sentimentos.

Por fim e não menos importante abordou-se o tema dos “Afetos”, que após exposição do tema, foi também visualizado um filme onde se encontra bem retratada esta temática.

Em forma de conclusão, foram realizados exercícios, para que os utentes pudessem experienciar e testar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Esta formação teve a duração aproximada de duas horas. A sua estrutura/ plano encontra-se em anexo (cf. Anexo XXIV).

2.7.4. Avaliação dos Resultados da Ação de Formação

A avaliação da ação de formação foi realizada através de um questionário de avaliação (cf. Anexo XXV), que avaliou o impacto e a satisfação dos utentes. Segundo esta ficha, os utentes avaliaram a formação como tendo sido adequada, pertinente e relevante para comutar as emoções e sentimentos de cada elemento. Além disso, indicaram que a metodologia e os materiais eram satisfatórios. Assim sendo, a nível da avaliação global, os utentes avaliaram a ação de formação como sendo “Bastante Satisfatória”.

Considerando a avaliação qualitativa, realizada através dos comentários dos utentes, foi observado que a formação era pertinente e foi indicado que os exercícios e este tipo de formação deveriam ser realizadas mais vezes.

A reflexão realizada sobre este tipo de formação pelos utentes, também constituiu uma mais-valia, pois permitiu verificar que os utentes do PH, embora já fizessem uso deste tipo de recursos, demonstraram não os conhecer totalmente, nem valorizar. Por conseguinte, conseguiu-se uma maior consciencialização das suas competências, como meio de motivação e aplicação no seu dia-a-dia dentro e fora da CT.

PARTE III: REFLEXÃO FINAL SOBRE O ESTÁGIO CURRICULAR

Com a realização desta intervenção, é possível constatar que as atividades implementadas ocorreram de acordo com as expectativas iniciais.

O facto de o público-alvo ter sentido este projeto como deles, facilitou a integração e aceitação das atividades, sendo que, tornaram-se nos protagonistas e em conjunto desenvolveram-se dinâmicas que ajudaram a trabalhar dificuldades e lacunas identificadas na fase de diagnóstico.

No entanto, é necessário admitir falhas ao longo da intervenção, sendo que poderão ser melhoradas num futuro próximo.

Uma falha que poderá ser trabalhada no futuro diz respeito à própria instituição que não detém de espaços propícios para a intervenção, nomeadamente a de grupo. Era fundamental criar uma sala com equipamentos e materiais que pudessem facultar aos utentes um espaço acolhedor e talvez, pudesse ser um contributo e uma motivação para eles.

A realização deste estágio teve um impacto pessoal e institucional assinalável. Ter a possibilidade de conhecer as mais variadas histórias de vida dos utentes, fez-me pensar em todos os valores e princípios até aqui apreendidos, porém em nenhum momento isso significou uma barreira, antes pelo contrário, um desafio em ajudar pessoas que apesar de terem cometido falhas, merecem ser ajudadas, desde que manifestem essa necessidade, e na generalidade foi isso que aconteceu. Foram muitos os momentos que me marcaram, situações inesperadas que implicaram uma postura de seriedade, de autocontrolo que nem sempre foi fácil, mas apreendido como um treino, uma aprendizagem, resultando num conhecimento mais alargado na área da toxicodependência.

A formação académica em Psicologia, juntamente com o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, foram cruciais, na medida em que me forneceram ferramentas de trabalho específicas para lidar com circunstâncias adversas ao longo do estágio. O conhecimento teórico e as metodologias, ajudaram a que fosse possível realizar uma intervenção com um impacto notório, não só com a realização das atividades mas também com a relação de proximidade e confiança que se estabeleceu ao longo do tempo com os utentes.

Foi sobretudo uma aprendizagem, em que os próprios utentes foram também “professores”, porque ensinaram muitas realidades, inclusive a separar a pessoa do ato, isto é, o ato pode julgar-se mas a pessoa tem o direito a ser ajudada. A Psicologia emprega-se claramente nestas circunstâncias pois deve contribuir para uma mudança de ordem, sobretudo, social.

Tendo em conta o domínio do mestrado em que o estágio se realizou, este foi um

trabalho construtivo e fortemente pedagógico, na medida em que me proporcionou a aquisição de novos conhecimentos e ir mais além no que é ou pode ser a mediação e como esta pode ser tão surpreendente.

Numa perspetiva pessoal, foi possível dar início à minha prática profissional enquanto Psicóloga Clínica e da Saúde, desenvolvendo e adquirindo competências fulcrais para esta prática e mais do que um estágio, foi uma experiência nova, num contexto que me era relativamente desconhecido, enriquecedor e cativante.

Tudo o que vi, ouvi e senti, ajudou-me a refletir e a perceber o quão gratificante é trabalhar junto da população toxicodependente.

Tive a oportunidade de avaliar e acompanhar no dia-a-dia junto dos utentes, a pertinência do lema inserido á entrada da CT: *“A maior glória do Homem é levantar-se sempre que cai”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, N. & Roso, M. (2003). Cognitivismo e Construtivismo. *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adlaf, E. M. & Ivis, F. J. (1996) Structure and relations: the influence of familial factors on adolescent substance use and delinquency. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 5, 1–19.
- Aliane, P., Lourenço, L. & Ronzani, T. (2006). Estudo Comparativo das Habilidades Sociais de Dependentes e Não Dependentes de Álcool. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), pp. 83-88.
- American Psychiatric Association (2002) *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ballone, J. (2005). *Tratamento da Síndrome do Pânico*. Consultado no dia 29 de Abril de 2014, em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=266>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos de terapia familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baró, I. (1998). *Psicología de la Liberación*. Madrid: Trotta.
- Batson, C. D., Shaw, L. L. & Oleson, K. C. (1992). Differentiating affect, mood and emotion: Toward functionally based conceptual distinctions. In M.S. Clark (Ed.), *Emotion* (pp. 294-326). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Freeman, A. & Davis, D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Terapia Cognitiva da Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.
- Berger, M. (2004). Income, family structure, and maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26:725-748.
- Blanchard, E. B. & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Bobadilla, L., & Taylor, J. (2007) Relation of physiological reactivity and perceived coping to substance use. *Addictive Behaviors*, 32 (3), 608-616.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria aos métodos*. Coleção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora.

- Bogdan, R. & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: A phenomenological approach to the social sciences*. New York: J.
- Bolsoni-Silva, A. (2002). Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), pp. 233-242.
- Braconnier, A. (2002). *O guia da adolescência* (T. A. Correia, Trans.). Lisboa: Prefácio.
- Buela-Casal, G., Sierra, C., & Cano, M. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bueno, J., Oliveira, S., & Oliveira, J. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico – Ufs*, 6(1), 31-38.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la Evaluación Clínica de Los Trastornos Psicológicos: Estratégias de Evaluación, Problemas Infantiles Y Trastornos de Ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2008). *Manual de Trastornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos Editora.
- Campos, T., Prette, Z. & Prette, A. (2000). (Sobre) vivendo nas Ruas: Habilidades Sociais e Valores de Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), pp. 517-527.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Publicações: Europa-América.
- Davidson, R. J. (1994). On emotion, mood and related affective constructs. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 51-55). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- D' Hainaut, L. (1983). *Des fins aux objectifs: Un cadre conceptuel et une méthode générale pour établir les résultats attendus d'une formation*. Paris: Fernand Nathan.
- Ellis, H. C. & Ashbrook, P. W. (1988). Resource allocation model of the effects of depressed mood states on memory. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition and social*

- behavior: New evidence and integrative attempts* (pp. 25-43). Lewiston, NY: Hogrefe, Inc.
- Ferreira-Borges, C. & Cunha Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: afetos e psicopatologia*. Livpsic / Legis Editora.
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *DSM-IV-TR - Casos Clínicos. Guia para diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A psicologia das emoções: o fenômeno do rosto humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fridell, M., Hesse, M., & Billsten, J. (2007). Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *American Journal on Addictions*, 16(1), 10-14.
- Frijda, N. H. (1999). Emotions and hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz, (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 190-210). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Gauvin, L. & Spence, J. C. (1998). Measurement of exercise induced changes in feeling states, affect, mood and emotions. In J. L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 325-336). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- Goldestein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 90 (2-3), 145-158.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação. Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Hardy, J., Hall, C. R. & Alexander, M. R. (2001). Exploring *self-talk* and affective states in sport. *Journal of Sport Sciences*, 19, 469-475.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (1), 36-42.
- Hutz, C. S. Koller, S. H. & Bandeira, D (2007). *Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Instituto da Droga e Toxicodependência (2009). *Relatório Anual 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IDT.
- Kirschenbaum, M., G. Leonoff & A. Maliano (1974). Characteristics patterns in drug abuse families. *Family Therapy*, 1, 43-62.
- Kollers S. H. & De Antoni, C. (2004). Violência familiar. Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 645-666.
- Labrador, F. J., Crego, A. & Rubio, G. (2003). Metodologia clinica experimental aplicada al estrés Postraumático: fomulación y tratamiento de un caso. *Acción psicológica*, 3 (2), 253-268.
- Lazarus, R. S. (2000). Cognitive-motivational-relational theory of emotion. In Y.L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 39-63). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lieberman, R. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: social validation of an evidence-based treatment for the mental disabled. *Journal of Mental Health*. 16(5), 595-623.
- Ló, A. (2007). *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes*. Coleção Estudos. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maia, A.C. (1998). Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marlatt, G.A. & Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. In W.R. Miller (ED.), *Integrating spirituality in treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Martins, A. & Jesus, F. (2003). A Evolução do Auto-Conceito dos Utentes ao Longo do Processo de Recuperação Realizado no Projeto Homem de Braga. In Centro de Solidariedade de Braga (orgs.) *Afetividade e Toxicodependência*. Braga: Projeto Homem.

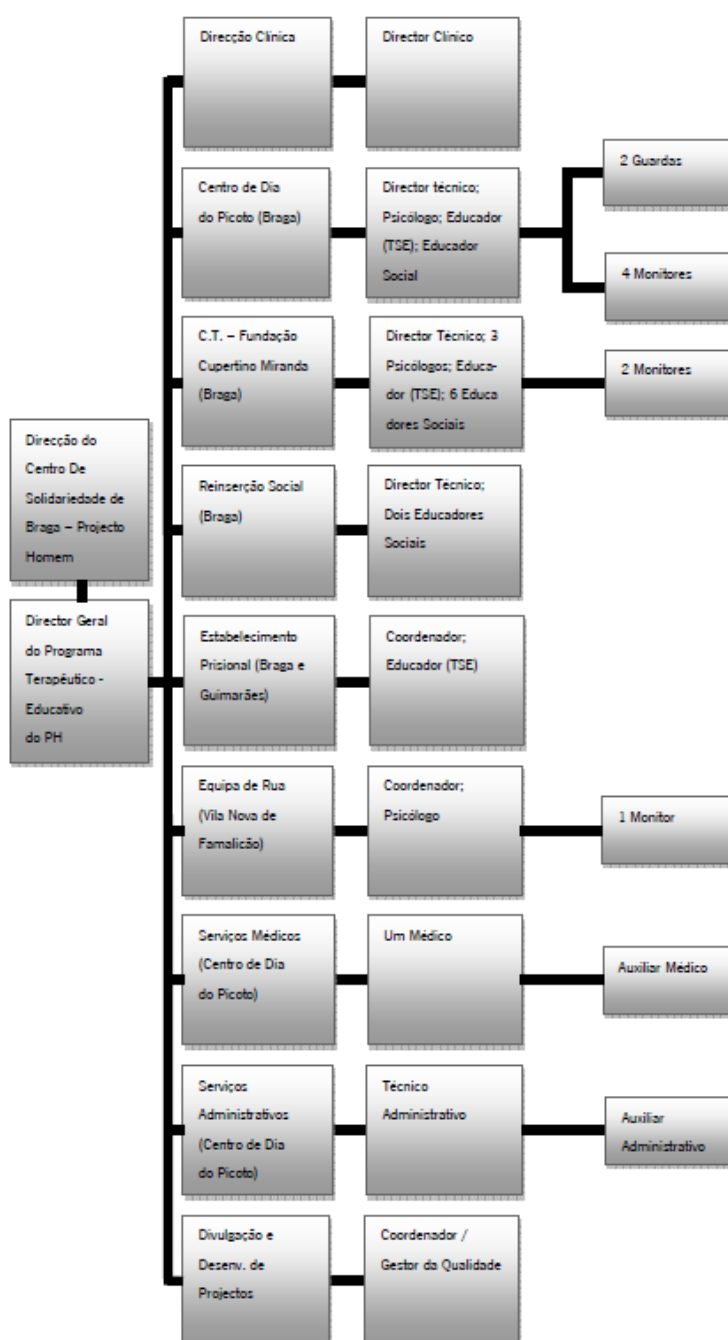
- Minto, E., Pedro, C., Netto, J., Bugliani, M. & Gorayeb, R. (2006). Ensino de Habilidades Sociais na Escola: experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), pp. 561-568.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. London: Tavistock Publications.
- Murta, S. (2005). Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia em Estudo*, 18 (2), pp. 283-291.
- Neto, D. (1996). *Tratamento Combinado e por Etapas de Heroíno-dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-202.
- Nunes, L. & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de adição: Um manual para estudantes e profissionais de saúde* (2ª ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotions*. New York, NY: Cambridge University Press & Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), (1999). *Classificação Internacional das Doenças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ortony, A., Clore, G., Collins, A. 1988. *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press. Cited.
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 174-179.
- Pereira, J. C. S. (1999). Locus de Controlo e Toxicodependência. *Revista referência*, n.º3.
- Petras, H., Kellan, S. G., Brown, C. H., Muthén, B. O., Jalongo, N. S., & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first-and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1).
- Picchi, M. P. (1991). *Projeto Homem: Um programa terapêutico para toxicodependentes*. Braga. Pt; Ed. CESB - Centro de Solidariedade de Braga.
- Prette, Z. & Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Rahiou, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adições*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas. Climepsi editores.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 88-95.
- Repetto, J., & Santos, M. D. (1985). *Toxicología de la drogadicción*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In, P. Resick, *Stress and Trauma* (pp.95-115). USA: Psychology Press.
- Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde de toxicodependentes em recuperação. In J. L. Ribeiro (Ed.), *2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (2003). Aspetos fenomenológicos das recaídas em heroínodedependentes. *Revista Toxicodependências*, 9, (1), 65-71.
- Robbins, P. (2002). *Comportamento organizacional*. 9 Ed. São Paulo: Prentice-Hall.
- Rodrigues, A. e Esteves, M (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Rogers, C. R. (2005). Psicoterapia e consulta psicológica. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Sedikides, C. (1995). Central and peripheral self-conceptions are differentially influenced by mood: Tests of the differential sensitivity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, (2), pp. 759-777.
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica – Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto.
- Tillman, J.; Nash, M. & Lerner, P. (1994). Does trauma cause dissociative pathology? In, S. Lyn & J. Rhue, *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp.395-414). New York: The Guilford Press.
- Wagner, M. & Oliveira, M. (2007). Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. *Psicologia Clinica*, 19 (2), pp. 101-116.
- Walsh, Z., Allen, L. C., & Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 28(5), 611-616.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: CLIMEPSI.

Zabalza, M. (2000). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Porto: Edições ASA.

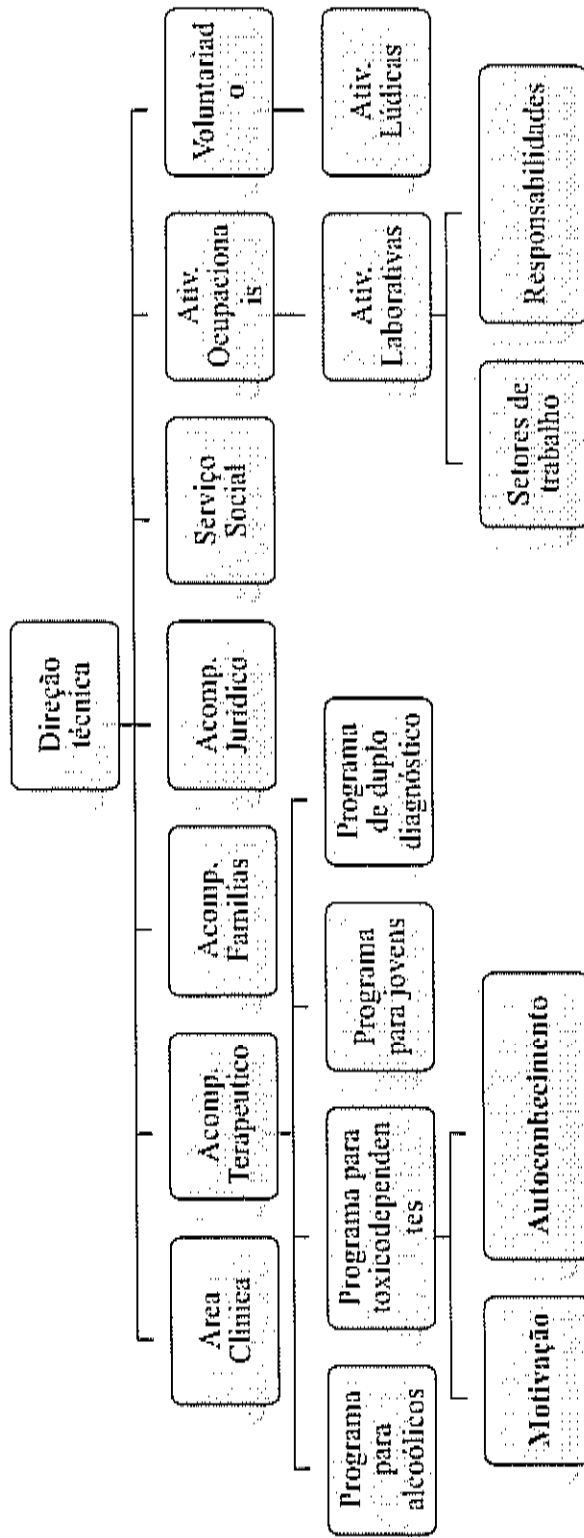
Organigrama do Centro de Solidariedade Social de Braga – Projeto Homem

Organigrama do Centro de Solidariedade de Braga – Projecto Homem



Cronograma do Centro de Solidariedade Social de Braga – Projeto Homem

CRONOGRAMA DO CENTRO DE SOLIDARIEDADE DE
BRAGA – PROJECTO HOMEM



Normas da valência da Comunidade Terapêutica



Centro de Solidariedade de Braga
Projecto Homem

Projecto Homem

Comunidade Terapêutica

Tel: 253684272 / telem: 926485215

Nome Terapeuta: _____

Regras:

- Não à droga e ao álcool, incluindo psicofármacos sem prescrição médica
- Não à violência física ou verbal

Normas:

- O utente tem que estar sempre acompanhado por pessoas aprovadas pelo programa;
- Só pode atender, fazer chamadas telefónicas na presença do acompanhante;
- Não pode aceder à Internet. Só o poderá fazer com autorização do(a) terapeuta;
- Não pode atender à porta;
- Não pode ter acesso à caixa do correio;
- As chaves de casa, carro ou mota têm de ficar na posse do acompanhante;
- Apenas se pode deitar nos horários estabelecidos;
- Não pode frequentar discotecas. A frequência de bares deve ser avaliada pelo(a) terapeuta;
- Só pode fumar 20 cigarros por dia ou o limite estabelecido por si;
- Só pode fumar após o pequeno almoço e não o pode fazer no quarto e no W.C.;
- Só pode beber 3 cafés por dia;
- Não pode ter dinheiro em sua posse. Nem acesso sozinho a contas bancárias;
- Não pode usar objectos de valor;
- Romper a relação com pessoas que consumam substâncias psicoactivas;
- Não é permitido o envolvimento sexual e amoroso entre utentes;
- Não pode contactar com utentes do programa fora deste e utentes que abandonaram;
- Não pode haver trocas, ofertas ou empréstimos entre utente de qualquer objecto;

Tarefas:

- Cuidar da higiene pessoal (tomar banho e desfazer a barba todos os dias);
- Limpar o W.C. sempre que o utilizar;
- Fazer uma refeição por cada dia completo que está em casa;
- Fazer a cama, manter o quarto limpo e arrumado, fazer uma limpeza geral uma vez por semana;
- Fazer o pequeno almoço, lavar e arrumar o que utilizar;

Horários:

Levantar:

- Segunda a sexta às 7.30h
- Sábados, Domingos e feriados às 10.00h

Deitar

- Domingo a Quinta às 23.00h
- Sexta, Sábado e véspera de feriado à 1.00h

Estrutura do diário de estágio

Estrutura do Diário de Estágio

Roteiro	
<div>Objetivos</div> <div><ul style="list-style-type: none">•••••</div>	<div>Assuntos</div> <div><ul style="list-style-type: none">•••••</div>
Reflexão	

Grelha de observação

Grelha de Observação

Categorias	Aspetos a observar	Acontecimentos/ Factos Observados
Ambiente da sessão	Ambiente da sessão	
	Interação entre mediadora e utentes	
	Recetividade dos utentes	
	Participação dos utentes	
	Que satisfação retira das sessões	
Dificuldades evidenciadas	Dificuldades ao nível da esfera pessoal	
	Dificuldades ao nível da esfera familiar	
	Dificuldades ao nível da esfera laboral (satisfação, interesse)	
	Dificuldades ao nível de ocupação de tempos livres (como organiza o seu tempo? Como utiliza e gere os seus tempos livres? Como é que os preenche? Que satisfação retira dos mesmos?)	
	Dificuldades ao nível da esfera sexual e afetiva (como se vê, como intervém ou age)	
Compreensão do conteúdo da sessão	O utente compreendeu os conteúdos da sessão? Os objetivos da sessão foram alcançados?	
Competências de comunicação	Têm uma escuta ativa e atenta? De que forma se expressa?	
Competência de envolvimento grupal	Os utentes conseguem trabalhar, participar e envolver-se em situações de grupo? Tem capacidade para negociar e gerir conflitos? Colabora com o grupo? Tem espírito de equipa?	

Programação de um dia da Comunidade Terapêutica

Programação de um dia da Comunidade Terapêutica

06:30 Acordar para preparar o pequeno-almoço

07:15 Acordar para o resto da família

07:45 Pequeno-Almoço

08:25 Arrumação de quartos

08:45 Intervalo

09:00 Encontro da manhã

09:45 Grupos de autoajuda

11:15 Suplemento

11:30 Entrada Setores

11:30 Anamnese com “x”

11:30 Anamnese com “y”

12:45 Intervalo

13:00 Almoço

14:00 Sai grupo jovem para o desporto

14:15 Entrada Setores

14:15/ 18:00 Curso de cozinha

14:15 Reunião da equipa terapêutica

15:00 Intervalo

15:30 Reentrada Setores

15:30 Colóquio de “A” com Ana Louro

16:45 Sai para buscar pessoal do desporto

17:00 Suplementos e banhos

17:00 Turno 1 dos telefones

18:15 Reentrada do setor cozinha

19:30 Jantar

20:30 Turno 2 dos telefones

20:30 Grupo jovem autoajuda

20:45 Cinzeiros

20:45 Arrumação de cozinha

21:30 Preparação do suplemento

22:00 Suplemento

22:30 Subida para os quartos

23:00 Silêncio luzes apagadas e boas noites!

Instrumentos de Avaliação Psicológica/ Psicométrica

Instrumentos de Avaliação Psicológica/ Psicométrica

As avaliações psicológicas incluíram, além da entrevista semi-estruturada para a recolha da história de vida, o exame do estado mental, avaliação da sintomatologia, avaliação da eficácia intelectual e avaliação da personalidade dos utentes. Evidenciou-se conforme a literatura, que a entrevista semi-estruturada foi útil no estabelecimento de uma comunicação simbólica bidirecional que permitiu a aquisição de respostas verbais e, simultaneamente, a observação das respostas não-verbais do utente.

Entre os instrumentos de avaliação psicométricos foram utilizados:

✓ *Entrevista semi-estruturada:* A entrevista semi-estruturada caracteriza-se pela existência de um guião construído previamente pelo entrevistador, traduzindo-se num eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, permitindo uma preparação prévia da conversa. Esta, é igualmente útil, uma vez que permite ao entrevistador, ainda que de forma indireta, ajudar o entrevistado a fornecer a informação de forma mais precisa e com maior facilidade, ou seja, mesmo quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo (Bogdan e Biklen, 1994).

✓ *Anamnese:* A Anamnese foi feita através de um modelo próprio e adaptado do CSSB-PH. Através da anamnese é possível recolher toda a informação relevante para dar início ao processo de avaliação, nomeadamente exploração do problema, acontecimentos significativos e história biopsicossocial.

✓ *Brief Symptom Inventory (BSI),* de Derogatis, 1982; versão portuguesa Canavarro, 1996. O BSI é um inventário de auto – resposta que é constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada do SCL-90-R (Canavarro, 1999 cit. in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008). Este inventário avalia os sintomas psicopatológicos. É constituído por nove dimensões e três índices globais. O BSI pode ser aplicado individualmente ou coletivamente (Canavarro, 1999 cit. in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

✓ *SCL – 90 – R,* versão original de L. Derogatis, 1982, traduzido para versão portuguesa, por Canavarro, 1999. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentada.

✓ *PCL-C*, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C), versão civil, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves, Lima e Marques Pinto (2006). A PTSD Checklist – Versão civil (PCL-C) é uma medida de auto-preenchimento que consiste em 17 questões que correspondem aos 17 sintomas da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) descritos nos critérios B (reexperienciar), C (evitamento) e D (hiper-ativação) do DSM-VI-TR. Para avaliar o critério A, de acordo com o DSM-VI-TR, foi ainda utilizada uma questão adaptada do Traumatic Events Questionnaire (TEQ), «Em que medida é que esse acontecimento foi traumático para si?». Este instrumento de avaliação foi utilizado apenas num caso de intervenção individual, para despiste de perturbação de stresse pós-traumático de Guerra.

✓ *MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. A versão original do Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (MMPI) foi desenvolvida em 1943 por um psicólogo e um neuropsiquiatra (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kraemmer, 2002). O MMPI é um teste de amplo espectro desenhado para avaliar um grande número de padrões de personalidade e perturbações emocionais (Butcher et al., 2002). Foi utilizada a versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006) do Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 –MMPI-2 - (Butcher, Ben- Porath, Dahlstorm , Graham, Kaemmer, & Tellegen, 1989; Butcher et al., 2001). Este é um inventário de autorrelato, de base empírica, que tem como objetivo contribuir para a avaliação da personalidade e da psicopatologia através da resposta a itens relativos a pensamentos, comportamentos, atitudes e crenças do sujeito. Este instrumento foi desenvolvido a partir de uma revisão do MMPI original (Hathaway & McKinley, 1943) e pode ser aplicado em diversos contextos, clínicos e não-clínicos. Como condições prévias de aplicação devem ser consideradas a idade, igual ou superior a 18 anos, e a escolaridade, sendo exigido um nível mínimo de seis anos de forma a garantir a compreensão verbal dos itens por parte dos indivíduos. O MMPI-2, na sua versão completa, é constituído do por 567 itens aos quais o participante responde Verdadeiro, caso considere que o item se aplica a si, ou Falso, caso considere que o item não se aplica a si. Estes itens estão organizados em diferentes escalas, designadamente: escalas de validade – que permitem avaliar a validade do protocolo tendo em conta a atitude do participante face ao teste; e escalas clínicas – que permitem detetar perturbações clínicas e de personalidade tendo em conta o funcionamento do sujeito.

✓ *Matrizes Progressivas de Raven (SPM - Escala Geral)*, de J. C. Raven, J. H. Court & J. Raven (1936). Avalia a inteligência geral, nomeadamente, a capacidade do sujeito para deduzir relações. Aplica-se a população e idade: Crianças e Adultos/+ 6 anos. Permite avaliar a possibilidade do sujeito beneficiar de um treino ao nível das competências intelectuais ou das estratégias cognitivas. Tem como objetivo analisar os resultados do sujeito num teste, após um breve período de aprendizagem com tarefas análogas. A avaliação do potencial de aprendizagem é feito através de duas aplicações, separadas no tempo, do teste Matrizes Progressivas de *Raven*. Entre as duas aplicações é realizado um treino que visa ajudar os sujeitos a desenvolver estratégias cognitivas idênticas às utilizadas na realização das Matrizes de *Raven*. Trata-se de uma avaliação com grande utilidade em contexto clínico, educativo e de investigação.

✓ *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS-Del-Prette). Instrumento de autorrelato para a avaliação das dimensões situacional e comportamental das habilidades sociais contendo 38 itens, cada um deles descrevendo uma relação interpessoal e uma possível reação àquela situação.

Modelo de Anamnese (pessoal) – CSSB - PH



Anamnese pessoal

Nome: _____

Data de início : _____

- 1.0** Viveste a tua infância com a família? Sim ☐ Não ☐
Foste adotado? Sim ☐ Não ☐

Especificar a data e a história referentes a todas as idades, precisando a história de adoção e se anteriormente esteve a cargo de alguma instituição (descrever brevemente)

1 VIVENCIA FAMILIAR

Delinear brevemente a sua história familiar anotando recordações que, imperceptíveis no início, se tenham tornado significativas nas etapas seguintes até hoje:

--

1. 2. RELAÇÃO COM OS PAIS:

	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Momentos bons e com quem							
Momentos menos bons e com quem							

Evidencie as situações que se repetem e especifique as variações:

--



Anamnese pessoal

1. 2. ESTABILIDADE NA RELAÇÃO DO CASAL (PROGENITORES)

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Positiva							
Negativa							

1. 3. IDENTIFICAÇÃO COM PARENTES:

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar quem é o outro com quem se identificou evidenciando o porquê de tais identificações:

--

1.4. RELAÇÃO COM OS IRMÃOS E IRMÃS

	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Momentos bons e com quem							
Momentos menos bons e com quem							



Anamnese pessoal

1.5. ESTABILIDADE FAMILIAR:

Que proibições, quem impunha e quando aconteceu?

Que consensos, quem impunha e quando aconteceu?

Que imperativos, quem impunha e quando aconteceu?



Anamnese pessoal

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Delinear brevemente a história pessoal nas suas relações interpessoais

2.1. RELAÇÃO COM OS ADULTOS (OU COM AUTORIDADE)

A. Experiência académica

A1	Aceitação	Rejeição	Indiferença
Escola Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola Secundária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola Técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola Universitária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(especificar o porquê da aceitação, da rejeição ou da indiferença)

A2 Se continuou os estudos conseguinte integrar-te no mundo de trabalho?

Sim ☐ Não ☐

(especificar evidenciando os vários problemas, quer a nível de estudo, ou de relações sociais)



Anamnese pessoal

A3 Experiência com o/a director(a) e os/as professores (as)

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Desiludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insignificante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(especificar com factos ou indicações precisas a sua educação escolar)

B Experiência de trabalho

Aceitação ☐ Rejeição ☐ Indiferença ☐

(especificar qual a experiência e o porque da aceitação, rejeição, indiferença)

B1 Experiência com o/os patrão/ões de trabalho e outros

Anos	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Desiludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insignificante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(especificar com factos ou indicações precisas as suas relações no trabalho)



Anamnese pessoal

C

1 Experiência religiosa

Aceitação ☐ Rejeição ☐ Indiferença ☐

2 Experiência política

Aceitação ☐ Rejeição ☐ Indiferença ☐

3 Associações

Aceitação ☐ Rejeição ☐ Indiferença ☐

(especificar qual a/as experiência/as e o porque da aceitação, rejeição, indiferença)

C1 Experiência com pessoa adultas de instituições religiosas.

Anos	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Desiludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insignificante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiência com pessoas adultas, chefes políticos.

Anos	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Desiludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insignificante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiência com pessoas adultas em associações.

Anos	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Desiludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insignificante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(especificar com factos ou indicações precisas de tais relações)



Anamnese pessoal

2.2 RELAÇÕES COM OS COLEGAS

Papel com o qual se identificou na escola e fora dela

Anos	3/7		7/11		11/13		13/16		16/19		19 em diante	
	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F
Líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submisso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(especificar as variações, evidenciando o porquê das mudança; no caso de líder, especificar se foi positivo ou negativo)

3. RELAÇÃO AFETIVA

Relato das relações afectivas tendo em consideração namoros, amizades e vivências da sexualidade



Anamnese pessoal

3.1 DESCOBERTA SEXUAL (experiências significativas)

Anos	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
1ª Experiência de masturbação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ª relação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar:

A) Na idade da escola infantil, básica, secundária, técnica ou universitária, recordas experiências sexuais?

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar entendendo “jogos”: com o próprio sexo, com pessoa do mesmo sexo, ou do sexo oposto)

As modificações do teu corpo ligadas ao desenvolvimento sexual, criaram-te problemas ou complexos?

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar, evidenciando a 1ª menstruação ou a 1ª ejaculação, sublinhando se existiram sentimentos de culpa ou de inferioridade ou dificuldades físicas)



Anamnese pessoal

B) Sentes ter uma clara identidade sexual?

Sim ☐ Não ☐

(Especificar heterossexual, homossexual ou bissexual, evidenciando a história e os sentimentos)

4. INTERESSES

Nos interesses deve-se ter em atenção as atividades desportivas, passatempos e preenchimento dos tempos livres

4.1. DESPORTO

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Competitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar evidenciando luta, competição, violência, sacrifício, persistência, prazer, etc.)

(Especificar além disso se, através de desporto, ou outras situações, se chegou a conflitos ou problemas)



Anamnese pessoal

4.2. PASSATEMPOS

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar quais foram, as variações e criatividade, ou particularidades importantes para ele)

4.3. TEMPO LIVRE

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Criatividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iniciativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinamismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Sozinho (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar como o soube usar, ou ocupou, quais os momentos positivos e quais os menos positivos)

5. VIVÊNCIA DE CONSUMOS

Descrever na sua história (incluindo experiências ligadas ao uso de droga) As situações desagradáveis, ligadas aos consumos que viveu, que aceitou e que procurou viver e o que sentiu



Anamnese pessoal

5.1. Recordas-te das situações desagradáveis ligadas a doenças?

Anos	0/3	3/7	7/11	11/13	13/16	16/19	19 em diante
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especificar o motivo)

5.2. Descrever brevemente a sua vivência ética (ex.: roubos, violências, etc.). Para cada situação especificar a idade

- Que culpa sinto:

- Que maturidade tinha:

- O que fazia para “a” obter / como me sentia:



Anamnese pessoal

6. FAMÍLIA NUCLEAR

A) Relação com o(a) Companheiro(a) (marido ou mulher)

Data do matrimónio ____/____/____

B) Relação com o(s) filho(s)

Comentário: factos que se repetem, quer negativos, quer positivos

8. O terapeuta anota os aspetos considerados do ponto 1 ao ponto 6 e, eventualmente, salienta o que de mais significativo encontrou durante as sessões da anamnese

Compilado por: _____

Data ____/____/____

Assinatura _____

Ficha de Avaliação - Álcool

Ficha de Avaliação

Data da avaliação:

Nº de utente: _____

Nome do Utente:

Idade:

DSM IV – Diagnóstico: Eixo I _____

Eixo II _____

Eixo III _____

Eixo IV _____

História do Problema:

História de Vida (recolha breve)

História Familiar

Nome de Mãe:

Como descreve a Mãe:

Como descreve o relacionamento passado com a Mãe:

Como descreve o relacionamento actual:

Nome do Pai:

Como descreve o Pai:

Como descreve o relacionamento passado com o Pai:

Como descreve o relacionamento actual:

Como descreve o relacionamento entre os seus pais no passado e actualmente:

Nome e idade do(s) irmãos:

Como descreve a sua relação com o(s) irmão(s) no passado e actualmente:

Estado Civil:

Nome do cônjuge ou companheiro(a):

Nº de casamentos ou relacionamentos significativos:

Idade:

Profissão:

Como descreve o seu relacionamento actual e passado com o seu cônjuge ou companheiro(a).

Nome e idade dos filhos:

Como caracteriza o seu relacionamento com os seus filho(s):

História Educacional

Percurso Escolar - aspectos mais significativos do mesmo:

História Profissional

Principais trabalhos que desempenhou:

Motivos para a mudança/abandono:

Grau de satisfação:

História da Saúde

Principais doenças significativas do passado:

Estado de saúde actual:

Medicação actual:

Padrões de bebida:

História e padrões de consumo:

Contextos de Sociais:

Rede de suporte social percebido (qualidade das relações, quantidade, faixa etária e grau de satisfação):

Contextos sociais frequentados:

Nota final:

Caso Clínico “S.”

- Anexo - X

Descrição aprofundada do caso clínico “S.”

Caso Clínico S.

“O consumo de álcool foi aumentando, apaziguava a dor e com o tempo tornou-se viciante, bebia logo de manhã, no trabalho às escondidas e quando saía do trabalho, antes de voltar para casa.” (sic).

Identificação

S. é uma utente do sexo feminino, tem 37 anos e é natural de Oliveira de Azeméis. Auxiliar dentária, encontra-se desempregada desde 2012. É divorciada, tem uma filha de 6 anos, uma irmã com 35 anos e mora com os avós. Deu entrada na comunidade em Janeiro de 2014 por histórico de abuso de álcool.

Motivo da Consulta/Problema

S. deu entrada na comunidade em Janeiro de 2014, por vontade própria, por já não ver outra saída para a sua vida e por aconselhamento familiar. Corte total da relação familiar, inibição familiar e emocional em ver a filha. Queixa-se de insónias, perda de peso, perda de energia, falta de apetite e admite ideação suicida recorrente. Encontra-se internada na Comunidade Terapêutica devido ao seu problema de abuso de álcool, após várias tentativas falhadas de tratamento.

História do Problema

Durante a adolescência, S., consumia álcool periodicamente. Com cerca de 18 anos começou a fumar haxixe com os amigos. Apesar de raras exceções em que consumia álcool em excesso, S., refere que teve dois comas alcoólicos, mas com o intuito de chamar a atenção dos pais. A partir dos 23 anos, consumia álcool às refeições e diz ser raro exceder-se no consumo. Aos 26 anos começou a consumir álcool antes de ter relações sexuais com o seu ex-marido, mas a situação começou a agravar-se, *“O consumo foi aumentando, apaziguava a dor e com o tempo tornou-se viciante, bebia logo de manhã, no trabalho às escondidas e quando saía do trabalho, antes de voltar para casa.” (sic).*

Fez uma desintoxicação em Penafiel mas sem sucesso. Continuou nos consumos, até que decidiu ir para Espanha, numa tentativa de fuga aos problemas familiares e de consumo, *“sentia-me sozinha, não conseguia ver a minha filha e decidi de uma forma imatura*

recomeçar a minha vida o mais longe possível. Fugi dos problemas mas eles perseguiram-me.” (sic).

Acabou por arranjar trabalho em Espanha num lar de idosos, mas os consumos continuavam, *“bebia para ir trabalhar, bebia assim que acordava, aliás tão pouco me conseguia mover ou caminhar. O álcool tomou conta do meu organismo, da minha personalidade, tomou conta de todos os meus pensamentos e atitudes, eu vivia para o álcool, porque sem ele eu não conseguia fazer nada”.* (sic).

O álcool começou a comandar parte da vida de S., acarretando consequências que a impediam de se movimentar, *“comecei a ressacar de tal forma que quando não tinha álcool só me apetecia morrer. As dores eram demasiado fortes, não sentia as pernas, arrastava-me para ir á casa de banho, não conseguia comer, pensar, só sentia uma dor interminável.”* (sic).

Assim que conseguiu juntar algum dinheiro com o trabalho, decidiu ir a uma consulta. Começou a tomar medicação e lentamente começou-se a sentir melhor.

Conheceu um rapaz português com quem fez facilmente amizade e começou a vir com ele a Portugal. Quando vinha, visitava a sua filha, mas refere que antes de ir ao seu encontro, tinha que beber para a enfrentar, *“eu ia visitar a minha filha mas tinha que beber, não a conseguia enfrentar qualquer que fosse a situação.”* (sic).

Mas um outro consumo surgiu na vida de S., o mundo das drogas. Aos 30 anos, começou a consumir heroína, como forma de apaziguar as dores da ressaca do álcool. Até que começou a tornar-se num vício ainda mais forte. S. começou a consumir álcool, haxixe, heroína, cocaína, na ilusão do momento, de que tudo passava mais tarde, *“A heroína pouco me dizia, apenas atenuava a dor e a ressaca do álcool, a cocaína fazia-me sentir bem comigo mesma, dava-me força, vontade de fazer as coisas e tudo não passava de uma ilusão. No dia a seguir sentia-me péssima, culpada e a minha autoestima simplesmente desaparecia.”* (sic).

Aos 33 anos, S., já consumia diariamente álcool e drogas, referindo sentir-se cansada, revoltada com a vida, até que decidiu mais uma vez pedir ajuda. Com a mesma idade, S. voltou a Portugal, apenas com a roupa que trazia no corpo. Refere lembrar-se muitas vezes do dia em que foi assinar os papéis do divórcio, *“Tinha consumido e fui muito rebaixada pelo meu ex-marido, voltei para casa dos meus avós, a minha irmã ajudou-me, sentia-me um lixo, inútil, não gostava de nada em mim.”* (sic).

S. refere que em casa dos avós consumia álcool às escondidas, fato que entretanto foi descoberto, até que decidiram interná-la contra a sua vontade. Um mês antes do internamento, a sua filha, juntamente com o seu ex-marido e sogros, foram vê-la, ao que S. revela, *“tornei-me a sentir a pior pessoa do mundo, senti o amor da minha filha, a revolta que sentia pelo*

meu ex-marido e isso tudo junto, piorava a minha situação". (sic) A utente diz sentir uma raiva intensa, com muita dificuldade em se controlar, *"Cheguei a perder a calma muita vezes e sentia uma raiva constante."* (sic).

Recaiu assim que terminou o internamento e como consequência, refere ter perdido o emprego, foi aí que *"levantei-me sozinha e passado algum tempo, antes de ir ao fundo outra vez, pedi novamente ajuda, conseguia ver onde o consumo me poderia levar. E agora estou aqui, por vontade própria"*. (sic). No entanto, é de salientar que a utente apresenta queixas de insónia, nomeadamente tardia, perda de peso, perda de energia, falta de apetite e admite ideação suicida recorrente, *"penso muitas vezes acerca da morte e em me matar."* (sic), bem como padrão de relações interpessoais instáveis, instabilidade afetiva, sentimentos de vazio, impulsividade em abuso de substâncias e gastos *"assim que recebia o meu ordenado, gastava-o logo todo em álcool e droga."* (sic) e ameaças recorrentes de suicídio, *"cortei-me várias vezes pelo corpo todo."* (sic).

A utente revela ainda esforços para evitar o abandono do real ou imaginado, *"muitas vezes perco-me no tempo... não tenho consciência de onde estou... se estou a sonhar ou se esta é mesmo a vida real."* (sic), facto que deixa S. num estado de raiva intensa, com dificuldades em se controlar, *"havia alturas que pegava propositadamente com alguém, parecia que isso me fazia aliviar..."* (sic).

Refere que na comunidade tem conseguido alguma motivação para viver, revelando ter conhecido excelentes pessoas, entre elas terapeutas. Diz ter construído em pouco tempo, boas relações e bons motivos, que lhe deram forças e esperanças de voltar a viver e a recomeçar uma nova vida.

História Clínica

S. foi violada aos 15 anos de idade. Eram amigos, frequentavam a mesma escola, estudavam juntos, refere mesmo terem uma relação *"de irmãos"* (sic), *"Tínhamos mesmo uma relação de irmãos. Até que comecei a sentir que ele andava a ter comportamentos estranhos na escola, mas nunca associei a drogas. Mais tarde é que comecei a perceber o porquê de certas reações."* (sic). Revela que um dia, como tantos outros, foi para casa dele estudar. Estavam sentados no sofá, quando ele disse *"fiz um bolo para ti."* (sic). Disse que ia à casa de banho, mas S., começou a estranhar a sua demora, até que o chamou e ao que ele lhe respondeu *"já vou, já vou."* (sic), num tom bastante alto e inapropriado. Quando regressou à sala, *"sentou-se no sofá e começou a pôr a mão nas minhas pernas, mas como ele era muito de abraçar, achei que não era por maldade, mas começou a puxar a mão para cima, cada vez*

mais.” (sic). No momento, S. pediu para que parasse, ao que ele lhe terá dito que já tinham idade para aquele tipo de coisas e que sempre se deram bem. A utente refere “Eu disse que éramos amigos e que não estava a imaginar uma coisa daquelas a acontecer. E aquilo revoltou-o muito. Depois começou a bater-me, a tentar abrir as minhas pernas e de cada vez que ele fazia isso, eu fechava-as. Depois tentei defender-me e não me lembro de mais nada.” (sic). Quando a utente ficou consciente, diz lembrar-se da mesa da sala, com o rapaz ajoelhado aos seus pés a chorar. Quando se levantou, “dou por mim, estava cheia de sangue na cabeça e entre as pernas. Depois fiquei sem reação... fiquei traumatizada.” (sic). A mãe do rapaz estava lá quando S. ficou consciente. Agarrou-a e levou-a para a casa de banho, tendo-lhe tirado a roupa e dado banho, “Comecei a ver a água na banheira com sangue e vomitei muito... apetecia-me morrer naquele momento.” (sic). A mãe do rapaz ter-lhe-á pedido para não contar nada do que tinha acontecido a ninguém, pois o filho poderia vir a ter graves consequências, mas que estaria sempre ao lado dela para o que precisasse. Assim que chegou a casa, S. desculpou-se perante a avó ao dizer que “A minha avó perguntou-me porque é que eu estava com aquela roupa e eu disse-lhe que me tinha sujado na escola. Perguntou-me o que se tinha passado, achou que eu estava mal, pálida. Estava com os olhos inchados, com ar de morta e disse-lhe que me estava a sentir mal e que queria ir para a cama descansar. Ela insistiu comigo para que eu fosse para o hospital, eu disse que não... cheia de medo e a pensar nas consequências.” (sic).

Com o passar do tempo, S., nunca mais viu o rapaz, nem mesmo na escola. Na altura das férias, ele procurou-a com o intuito de se explicar, ao que S. recusou. Passados os meses de Maio e Junho, S. teve ausência de período menstrual. Como estranhou a situação, fez um teste de gravidez, tendo acusado positivo. Apavorada com a situação, decidiu contar a verdade ao rapaz, que ficou muito contente com a notícia e com a qual concordou em ter o filho, “Ele ficou muito contente, com a possibilidade de eu estar grávida. Disse que andava a consumir, disse que consumia heroína, que nunca pensou fazer aquilo que fez, que estava alterado.” (sic). S. acabou por pedir auxílio à mãe do rapaz, pedindo-lhe para que a ajudasse a fazer um aborto. E assim o fez, “Trataram-me como um animal, tive lá duas horas. Era uma sala pequena tinha uma maca e mandaram-me abrir a bata e deram-me uma injeção em pé atrás na zona do rabo. E senti tipo um aspirador a sugar-me. Tive duas horas deitada numa cama a chorar... eu nem sabia se ia voltar para casa ou se me atirava abaixo do comboio... sentia nojo, vergonha, culpa, vontade de morrer e raiva.” (sic).

A partir daí foi uma luta constante para S. para esconder o que fez, “Não fazia educação física com vergonha que vissem aquele penso enorme e andava com camisolas à sinta para

disfarçar. Achava que as pessoas se riam de mim, imaginava isso e isolava-me ainda mais.” (sic).

S. teve anorexia, deixou de comer para chamar a atenção dos pais, pois refere nunca lhe terem dado atenção. Com toda esta situação S. sentia-se perdida, sem saber o que fazer e a quem recorrer, *“Não queria contar a ninguém nada do que se tinha passado... mas queria e necessitava muito de atenção. Fiquei com anorexia. A minha mãe começou a notar que estava a ficar um esqueleto... era só pele e osso. Começaram a achar, pelo meu aspeto que andava na droga. Não comia mesmo nada. Sentia-me um nojo de pessoa”*. (sic).

Com o passar do tempo, S. ganhou rancor ao sexo oposto, pelo que começou a mudar a sua postura, *“comecei a mudar, a ganhar um bocado de raiva dos rapazes, achava que eram todos iguais. Comecei a gozar com a cara deles. Usava-os, dava-lhes esperanças e depois virava-lhes costas.”* (sic).

Mais tarde, já S. estava a trabalhar num consultório dentário quando o rapaz apareceu, a dizer que nunca se tinha esquecido dela. Aparentemente esfaqueado no peito a dizer que queria arrancar o coração. Dormia e passava noites à frente do restaurante dos pais de S. a dizer que S. tinha feito um aborto de um filho dele, *“A minha mãe pensava que era da droga... e por isso nunca lhe deu ouvidos. Perseguiu-me ainda durante algum tempo. Até que foram viver para outro lado... depois nunca mais o vi e nunca mais ouvi falar dele”*. (sic). Diz só a irmã saber do sucedido.

História Biopsicossocial

S. tem uma irmã com 35 anos de idade, com a qual nunca se deu bem, *“A relação com a minha irmã nunca foi muito boa desde pequena, éramos diferentes e reagia-mos às situações de uma forma muito oposta.”* (sic). Enquanto S. teve que ficar aos cuidados dos avós, por sobrecarga de trabalho e consecutiva falta de tempo dos pais, por trabalharem num restaurante, a irmã decidiu ir trabalhar com eles e viver com eles. Segundo a utente, a irmã nunca lhe deu oportunidade de aproximação, mesmo quando eram crianças, em brincadeiras, *“Às vezes quando íamos brincar, eu chamava por ela e ela nunca queria.”* (sic). Refere mesmo que, *“Quando fomos para o liceu, ela tinha vergonha de mim, ela própria se afastava de mim. Nunca percebi o porquê. Desde sempre foi assim. Sempre evitou falar comigo sobre isso.”* (sic). Depois confessou á irmã que o marido dela se metia com S. e com outras mulheres e desde aí, nunca mais se falaram.

Inicialmente S. vivia com os pais, irmã e avós paternos, mas refere, *“A minha avó paterna e a minha mãe tinham uma relação muito má. A minha avó tratava-me bastante mal.*

A minha mãe queria sair daquela casa, fomos para uma casa pequenina os quatro. A minha irmã, eu, o meu pai e a minha mãe.” (sic). S. diz que apesar de não serem ricos, nunca lhes faltou nada. Dormiu com a mãe até aos 11 anos, depois quando o pai viu que já estava demasiado crescida, incentivou S., a dormir sozinha.

Confessa ser muito mimada pelos avós paternos. Até que aos 12 anos de idade, a sua mãe decidiu abrir um negócio de restauração, tendo ido viver com os avós. Refere com tristeza que, *“Os meus pais começaram a deixar de ter tempo para cuidar de mim. Começaram a viver só para o restaurante.”* (sic).

Sempre teve uma educação muito rígida e controlada por parte dos avós. Havia um afastamento muito grande em relação aos pais, passando a ter necessidade e seguidamente atitudes de chamadas de atenção. Foi aí que ficou com anorexia, *“como sempre fui muito agarrada à minha mãe e sentia muito a falta dela, a minha mãe pouco ou nada me ligava, achava sempre que eu estava a exagerar, para tentar de uma certa forma chamar a atenção em relação aquilo que eu estava a sentir. Como forma de me recompensar, dava-me presentes e não era isso que eu queria, nem precisava.”* (sic). Ainda em relação à mãe, S. refere que *“Tinha uma tática para eu adormecer. Batia-me muito para eu adormecer, porque assim eu chorava, ficava cansada e de tanto chorar, acabava por me cansar e adormecer.”* (sic). Nessas alturas, transportava para as bonecas, atitudes idênticas que a mãe fazia com ela, mas com um fim feliz para o qual ela própria sempre esperava, *“Nessa altura, imaginava que as minhas bonecas ficavam doentes, só para tratar delas, lhes dar carinho e falar com elas. Brinquei até aos 18 anos com bonecas. Punha-as lá fora à chuva, para ficarem doentes e depois eu poder tratar e cuidar delas. No fundo hoje sei que fazia com elas, o que eu própria fazia para chamar a atenção dos meus pais”*. (sic).

Em relação ao pai, refere nunca ter tempo para S., recorda uma altura em que o pai discutiu com o avô e que deixaram de falar durante algum tempo, *“Houve uma altura que discutii com o meu avô e ele bateu no meu pai e deixaram de falar durante 3 anos. Eu pensava que com essa situação, podia deixar de viver com os meus avós, mas continuei lá. Isso revoltou-me muito, porque queria liberdade, estava a crescer e enquanto estava com eles, sabia que isso seria impossível.”* (sic). Diz que os avós é que lhe escolhiam a roupa para levar para a escola e isso deixava-a envergonhada *“Eram roupas muito antigas e demasiado tapadas. Até vergonha de ir para a escola eu tinha.”* (sic). S. refere que o pai sempre foi muito severo e autoritário, *“Uma altura, eu queria sair á noite, a minha mãe disse que não dizia nada ao meu pai. Fechamos a porta do quarto e quando cheguei ele estava á minha espera. Disse-me para ir dormir pró carro, que em casa não entrava. Só me deixou entrar no*

dia seguinte, para tomar banho, vestir-me e ir trabalhar. Nunca deu valor às minhas notas, nunca me deu valor. Nunca valorizava as coisas boas que eu tinha. Passava-lhe tudo ao lado.” (sic).

A relação dos pais sempre foi muito instável, insegura e desconfiada *“Já se quiseram divorciar. Quando discutiam estavam muitos dias sem falar um com o outro. Houve uma altura que o meu pai andava desconfiado da minha mãe com o empregado do balcão. Achava que eles tinham um caso. Mas era mentira.” (sic).*

S. refere ter-se identificado sempre mais com o tio. Diz ter tomado conta dos seus filhos e tratar-se de alguém protetor, fiel e amigo, *“Foi sempre uma pessoa que me tratou bem, que me entendia, me dava apoio, até hoje. O pouco tempo em que ele estava presente, acabava por compensar o tempo de ausência dele. Não me dava bens materiais, mas sempre me deu aquilo que eu mais precisava, carinho, amor, proteção e atenção. Defende-me sempre e não permite que me façam mal.” (sic).*

Relativamente às suas relações interpessoais, nomeadamente no que se refere ao tempo de escola, a utente revela nunca ter tido muitos amigos, brincando e refugiando-se em casa nos momentos de recreio e tempos livres. Revela que no ciclo era uma pessoa bastante tímida e introvertida, acabando por ser um alvo fácil de maneio perante os colegas de escola, *“No ciclo, uma vez estávamos no balneário, e havia lá uma rapariga, a M., e eu era muito “chocha” e ela roubava-me as canetas, e chegava a casa sem as coisas e dizia á minha mãe que as tinha perdido. A minha mãe batia-me... Eu mentia-lhe... dizia-lhe que as tinha perdido, só com medo e receio de lhe contar a verdade”.* (sic). Confessa ter apenas um verdadeiro amigo. Um rapaz que era o único com quem se dava bem, por ser um rapaz também ele rejeitado e gozado por todos, até que se acabaram por separar, por seguirem rumos diferentes. Quando S. trabalhava em *part-time* no *Mac Donald’s* o rapaz ia lá de propósito para a ver e visitar, *“Passada uma semana, soube que morreu num acidente de mota, por se ter desviado de uma velhota que estava a atravessar a rua.”* (sic). Refere nunca ter tido uma boa relação com as raparigas, pois acabavam por conseguir ser sempre arrogantes com S., no entanto acabava por fazer sempre o que lhe pediam, *“E elas abusavam por eu nunca dizer que “não”, para tentar pertencer ao grupo. Não queria conflitos, então fazia sempre o que elas me diziam e pediam para fazer. Sentia-me rejeitada, porque não brincava com ninguém. Sempre estive sozinha. Chamavam-me mosca morta.”* (sic). Fez a escola até ao 12º ano na área tecnológica de arte e *design*. Quando terminou os estudos queria ir para a universidade, *“mas os meus pais não tinham possibilidades”.* (sic). Posteriormente fez um Curso Tecnológico de Auxiliar de Ação Médica.

O primeiro trabalho de S. foi durante um ano, numa loja de roupa. Refere depois ter tido vários trabalhos, como vendedora numa loja de móveis referindo que *“queria comprar um carro e consegui um part-time na Mc’Donalds.”* (sic). Posteriormente chamaram-na para trabalhar numa clínica dentária, tendo começado a trabalhar três meses à experiência, sendo posteriormente recomendada pelo patrão a tirar um curso de auxiliar dentária *“perguntou-me se queria ir tirar um curso de auxiliar dentária e eu fui e trabalhei com ele 3 anos, até me casar. Gostei muito”*. (sic), tendo-se mais tarde despedido a pedido do seu ex-marido, *“começou a pôr entraves, e com ciúmes do meu patrão.”* (sic). Depois da filha ter nascido conseguiu emprego como auxiliar dentária, durante dois anos numa outra clínica, *“Depois comecei a beber e a minha patroa começou a aperceber-se e despediu-me. Ela queria que eu resolvesse a minha vida sozinha, nem foi bem despedir, porque me deixou ir para o desemprego.”* (sic). Quando decidiu ir para Espanha, trabalhou num lar de idosos, como auxiliar de idosos, permanecendo cerca de três anos, *“Vinha só visitar a minha filha uma vês por mês. Foi quando comecei a consumir droga. Quando vim fui internada, arranjei trabalho no BragaParque numa clínica dentária. Andei a tirar cursos na Nexus e trabalhei em dois restaurantes, mas nunca dava... porque bebia”*. (sic).

No que respeita às relações afetivas, S. começou a namorar aos 18 anos. Conheceram-se no liceu e namoraram cerca de um ano. Segundo a utente, era um rapaz muito tímido, *“Ele era muito tímido em relação ao corpo dele. E eu também. Dávamos beijos, abraços, carinhos... ele nunca me pediu muito para termos relações sexuais. Só houve uma vez que estávamos no campismo e ele disse-me que quando eu me sentisse preparada para ter relações pra lhe dizer e que até lá ele esperava. Mas nunca aconteceu.”* (sic). Passado um ano terminaram o namoro, *“Depois terminei o namoro, porque começou a falar de casamento e aquilo começou-me a assustar, começamos a discutir muito sobre isso.”* (sic). Só mais tarde quando S. comemorou o seu aniversário conheceu o seu ex-marido. Começaram a sair e pouco tempo depois namoraram. Sempre foi um homem muito materialista, *“Um dia ele ofereceu-me um telemóvel, depois um relógio e depois um peluche. Foi ter comigo a minha casa e levou um fio de ouro, uma pulseira e perguntou à frente dos meus pais se podia namorar comigo, sem me dizer nada. A minha mãe ficou toda contente e incentivou-me, disse para tentar a ver se dava certo e eu decidi aceitar o namoro.”* (sic). Como não moravam muito próximos um do outro, nem sempre estavam juntos, até que S. começou a dormir na casa de uma tia dele. S. estranhava o fato de ele nunca ter insistido ou falado em terem relações sexuais, *“E eu achava estranho porque ele não queria ter relações comigo, só depois de casarmos... e isso dava-me um bocado de sossego e descanso.”* (sic). Até que um dia mais

tarde ele pediu-a em casamento, *“Ele pediu-me em casamento, deu-me um anel todo bonito e eu com aquela coisa de não querer estragar a felicidade toda dos meus pais, aceitei. A minha mãe já estava com problemas financeiros no restaurante e acabei por aceitar casar-me com ele.”* (sic). Quando se casaram, na noite de núpcias, S. pensou em contar-lhe que tinha sido violada, fato que acabou por não acontecer, o que causava a S. um sentimento repetido de recordação traumática perante o ato da relação sexual. Diariamente o ex-marido insistia no fato de terem relações, até que a situação começou a agravar-se e os pedidos a serem cada vez mais ameaçadores, *“Ele acabava por ser sempre bruto comigo. Nunca se importava comigo, nem com o meu prazer e bem-estar. Só pensava nele. Era fazer, vir-se e já está. Depois começou a querer fazer isso todos os dias e comecei a sentir-me mal, doía-me, sangrava, depois comecei a dizer-lhe que tinha dificuldades em ter relações sexuais.”* (sic). Foi aí que o consumo de álcool, começou a aumentar drasticamente, com o intuito de esquecer e abstrair-se antes e durante a relação, *“começou a comprar álcool para eu beber para me sentir desinibida.”* (sic). Era o próprio quem lhe comprava álcool, tornando-se violento perante a situação, *“Comprava-me vinho do porto, vodka, e bebia e sentia-me mais desinibida mas prazer sexual nunca tive. Ele ainda me tentava acariciar, mas eu não conseguia. Havia alturas em que ele me batia muito e eu acabava por fingir que tinha orgasmos. Quando chegava a hora de ir para a cama era um martírio.”* (sic). As ameaças e a violência começaram a ser constantes, quinze dias após o casamento, S. engravidou. Refere que durante a gravidez, o seu ex-marido não insistia em ter relações, facto que a apaziguava, mas depois de terem a filha, a situação complicou-se ainda mais, *“Contava à minha mãe mas ela dizia que tinha que ser que tinha que aguentar.”* (sic). Com o nascimento da filha, S. sentia-se acolhida, começou a viver só para ela, *“A minha filha sempre foi um refúgio para mim, tinha que acordar para lhe dar de mamar e durante esse tempo ele não insistia para ter relações. Mas para mal dos meus males, durou pouco a amamentação e ele começou a procurar-me mais vezes.”* (sic). S. diz mesmo que de uma forma propositada, punha a filha no meio dos dois durante a noite, para evitar que o ex-marido a forçasse a ter relações. Mas a filha começou a crescer e a situação começou a ficar cada vez mais descontrolada. Foi quando S. se acabou por divorciar e ir para Espanha, com 31 anos. O ex-marido aproveitou-se de toda esta situação, para colocar S. numa situação de incapacitada, *“Depois acabei por me divorciar quando fui para Espanha. Fiz acusações que ele me maltratava e ele aproveitou o facto de eu estar a beber muito e o facto de já ter estado internada num hospital psiquiátrico, para ficar com a guarda da minha filha.”* (sic). As acusações eram constantes, até por parte da família do ex-marido. Deixou de ter apoio de tudo e de todos. Hoje admite ter uma relação estável

com a sogra, e com a atual mulher do ex-marido. Confessa nunca mais ter tido relações sexuais com ninguém. Com cerca de 32 anos, depois de uma saída a uma discoteca, tinha acabado de consumir álcool e cocaína com uma amiga, que acabaram por dormirem juntas, *“Ela acariciou-me na vagina... lembro-me de ter sentido prazer... de ter acordado de manhã mal... não só por ter bebido e da cocaína mas também pelo que tinha acontecido e por ter tido prazer. E nunca mais o fiz.”* (sic). Admite pensar nisso algumas vezes, mas revela nunca mais ter tido esse tipo de experiência.

Exame do estado Mental

S. é de estatura normal e bastante magra. Apresenta-se bastante cuidada e limpa. Demonstra interesse e preocupação ao nível do vestuário, sempre maquilhada. A utente mantém o contato ocular, desviando-o no entanto, quando questões do passado são abordadas, principalmente em assuntos que tocam à sua filha, chegando mesmo a chorar. Nessas alturas, dá sinais de inquietude e nervosismo. A ressonância emocional é de empatia, sendo que a utente tem uma postura de colaboração, maioritariamente adequada. O seu humor ao longo das sessões encontrava-se depressivo. O discurso é rico, ao nível do pensamento demonstra encadeamento de ideias. Não apresenta quaisquer problemas ao nível da atenção, concentração e perceção. Possui orientação autopsíquica e orientação alopsíquica. Demonstra ter moderado juízo crítico e insight para o seu problema clínico.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Os instrumentos psicométricos utilizados para avaliar S. psicologicamente foram o BSI (avaliação de sintomas psicopatológicos), as MPR (avaliação cognitiva) e o MMPI-2 (avaliação da personalidade).

No BSI a utente teve no ISP uma cotação de 2.26. Como ultrapassa o ponto de corte deste Índice, pode-se considerar que S. possui acentuada instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas foram a Depressão (T=3.50), a Sensibilidade Interpessoal (T=3.2), o Psicoticismo (T=3.0), a Ideação Paranóide (T=3.0), a Ansiedade (T=2.8) e Ansiedade Fóbica (T=1.8).

Os resultados refletem a existência de vários indicadores de depressão clínica, tais como, humor disfórico, falta de energia, motivação e de interesse pela vida. Sentirá inadequação pessoal e inferioridade perante outros, autodepreciação, desconforto nas interações sociais, bem como isolamento interpessoal e tendência ao delírio. O seu pensamento será projetivo, hostil, desconfiado e egocêntrico. Além disso, os níveis de

ansiedade estarão relacionados com pensamentos apreensivos que se correlacionam com somatização, propensos à ansiedade generalizada e a ataques de pânico. Sentirá medo persistente irracional e desproporcionado em relação a pessoa, local ou pessoa específica, que levará S. a comportamentos de evitamento.

Os resultados aferidos através das MPR indicam que S. terá uma QI entre o 110 e 120, situado no grau III, o que significa que a utente terá uma Inteligência Normal Superior, em relação à população geral com a sua idade e escolaridade. Portanto, S. terá elevada inteligência percetiva, não-verbal, com grande capacidade de observação, exploração e complementação do raciocínio analógico. Terá facilidade em deduzir e observar relações referente a uma estrutura completa.

As escalas de validade do MMPI-2 indicam que o protocolo é válido (?=0). A cotação da escala da mentira (L=43) indica que S. foi cooperante, mas a cotação da escala de validade/incoerência (F=75) indica que a utente procurou dar uma imagem falsa de si. As escalas clínicas com pontuação mais elevada foram a Depressão (T=76), Histeria (T=74), Paranóia (T=71). As escalas clínicas com pontuações moderadas foram a Hipocondria (T=57), a Esquizofrenia (T=58), a Psicopatia (T=62) e a Sensibilidade Interpessoal (T=68).

Os dados indicam que S. terá uma personalidade predisposta ao pessimismo, depressão, ao desalento e à labilidade emocional. Poderá ser excessivamente autocentrada, imatura, ao ponto de exigir constantemente a atenção do outro, procurando seduzi-lo e manipula-lo. O MMPI-2 também revela que S. terá tendência para o delírio crónico, sistematizado e crónico que se apoia numa distorção da realidade, baseada na hostilidade e desconfiança. De igual forma, existe indicadores de dificuldades de atenção e concentração. Terá alguma preocupação neurótica com a sua saúde, tendência para o retraimento social, relações familiares desajustadas, problemas de identidade, sendo propensa à intrapunitividade e a dificuldades sexuais. Além disso terá alguma tendência para ter comportamentos desviantes.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	304.30	Dependência de Canábis com dependência fisiológica, em remissão [F12.10]
	296.33	Perturbação Depressiva <i>Major</i> , Recorrente, Moderada, sem recuperação entre episódios
Eixo II	301.83	Perturbação Estado-Limite da Personalidade [F60.31]

Eixo III	Nenhum.
Eixo IV	Problemas com o grupo de apoio primário
V61.20	Problema relacional pais – filhos [Z63.8]
	Desemprego
Eixo V AGF = 45	(no momento da admissão)
AGF = 50	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

A utente preenche os critérios para a Perturbação Depressiva *Major*, assim e mediante a coleta de dados durante o internamento no CT, verifica-se que S. apresenta sintomas de humor depressivo que causam mal-estar significativo, tais como alterações do padrão de sono, falta de apetite e consequentemente perda de peso, fadiga, apresentando ainda lentificação psicomotora, sentimentos de tristeza quase todos os dias e durante a maior parte do dia.

É de salientar que a Perturbação Depressiva *Major* deve distinguir-se da Perturbação de Humor Secundária a Um Estado Físico Geral. Isto porque e segundo o DSM-IV (2002), a Perturbação de Humor Secundária a Um Estado Físico Geral é ponderada quando as alterações do humor apresentadas pelo sujeito forem consequência fisiológica de um estado físico geral, como por exemplo esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, hipotireoidismo, o que não acontece no presente caso, sendo por isso excluída esta perturbação.

S. apresenta ainda alguns sinais e sintomas indicadores de Perturbação Estado-Limite da Personalidade. Esta perturbação ocorre em simultâneo com a Perturbação de Humor (DSM-IV-R, 2002), o que confere com os resultados obtidos na coleta de dados (quer nos resultados psicométricos, quer nas entrevistas). Salienta-se ainda, que esta perturbação é distinguida da Perturbação Histriónica pela autodestrutividade, disrupções coléricas nas relações próximas e sentimentos crónicos de vazio e solidão (DSM-IV-R, 2002). Assim, e dado S. não apresentar sinais de impulsividade, ousadia, sedução e manipulação, foi excluída a Perturbação Histriónica da Personalidade (DSM-IV-R, 2002).

Embora a Perturbação Esquizotípica da Personalidade apresente características comuns à Perturbação apresentada pela utente, esta foi excluída, uma vez distinguir-se da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, dado que os sintomas (e.g., ideias e ilusões paranoides) são mais transitórios, reativos aos relacionamentos e respondem mais à estrutura externa no caso da Perturbação Estado-Limite da Personalidade (DSM-IV-R, 2002).

Apesar da Perturbação Anti-Social da Personalidade partilhar comportamento manipulativo, este distingue-se da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, porque a

manipulação tem como objetivos a obtenção de lucros (DSM-IV-R, 2002), o que não se verifica no caso apresentado, e assim ser também excluída.

Conceptualização do Caso

Não é difícil de perceber, da história biopsicossocial de S., a vasta gama de fatores de risco que podem ter estado na origem dos seus comportamentos aditivos e na maneira como se percebe a si mesmo. S. revela que a sua infância possa ter sido complicada sendo as figuras parentais as que mais tiveram influência no seu desenvolvimento. A relação conflituosa entre a irmã de S. e os pais e o afastamento de S., ao ter que ir viver com os avós, é passível de lhe ter transmitido um padrão disfuncional de relação conjugal e amorosa, além da vinculação precária (Guedeney & Guedeney, 2004).

Adlaf e Ivis (1996), mostram que as relações e interações no seio da família têm mais impacto no uso de drogas e na delinquência do que a estrutura familiar em si mesma. Os fatores de risco estariam mais ligados a conflitos na família, disciplina paternal permissiva, muito severa ou inconsciente, fraca vinculação com os pais e situações de violência conjugal ou familiar.

Quanto às relações entre pais e filhos, Kirsghenbaum, Leonoff e Maliano (1974), expõem os padrões de interação que caracterizam as famílias toxicodependentes da seguinte forma: estilo autoritário dos pais, falta de intimidade, crítica frequente ao filho, isolamento emocional, falta de prazer nas relações, coligação dos pais contra filho e conflitos entre os próprios pais. Quanto ao tipo de funcionamento, Minuchin (1974) e Madanes (1981), caracterizam-na como famílias inflexíveis e consequentemente, com manifesta incapacidade para lidar com os fatores de stresse e crises desenvolvimentais, mesmo que normativas.

É indiscutível que o percurso de um indivíduo esteja intimamente ligado com características biológicas herdadas, contextos onde se move, experiências vividas, valores sociais e culturais que lhe são inculcados, sendo muito importante o ambiente familiar em que se desenvolveu e que o envolve. Assim, os padrões familiares presentes na história biopsicossocial de S., baseados no caráter autoritário, a falta de intimidade, as críticas frequentes e a exigência pela perfeição, assim como o caráter violento das falhas, podem ter influenciado o consumo de drogas e álcool, sendo que a utente refere numa altura que *“já não aguento mais ser assim.”* (sic), a revolta pela opressão causada pelo estilo educacional que o pai lhe impunha pode estar relacionado com o desenvolvimento do consumo de drogas e álcool e dos comportamentos delinquentes, numa tentativa de ser diferente daquilo que sempre lhe foi imposto. Também por estas razões, a utente revela-se agora muito calculista e

perfeccionista e com uma grande dificuldade de aceitação de falhas tanto suas como dos outros, bem como nas suas dificuldades, no que respeita a relações afetivas.

A toxicodependência acaba por ser uma perturbação do sistema relacional entre o indivíduo e o meio envolvente, sendo que o fenómeno do consumo é resultante de um ruído comunicacional, em que o indivíduo tenta comunicar por via das incomunicações e desordens biológicas, familiares e sócio culturais. Trata-se aqui de uma questão de índole sistémica, na medida em que o sujeito, face ao peso das “lealdades transgeracionais”, das realizações que lhe são solicitadas e das suas “exigências pulsionais”, acaba por aderir a um pacto com a droga (Nunes & Jóluskin, 2010).

Além disso, de acordo com Kollers e De Antoni (2004), a relação das pessoas com eventos stressores passa por distintos graus de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade. Neste sentido, o impacto dos eventos stressores é ainda determinado pela forma como eles são percebidos. Por exemplo, a maneira como S. foi violentada sexualmente dependeu do contexto na qual essa violência ocorreu, no ambiente que frequentava, na sua rede de apoio no momento do desenvolvimento, das suas experiências e dos processos psicológicos e características individuais. A exposição a fatores de risco pode exacerbar a condição de vulnerabilidade, potencializando situações de risco ou mesmo impossibilitando que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao stress (Hutz, Koller & Bandeira, 1996).

Segundo dados do MMPI-2, S., apresenta níveis elevados de psicopatia, o que para os autores Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011), os traços de psicopatia poderão associar-se à problemática da interação social, conflituosidade com figuras de autoridade, hostilidade e baixa confiabilidade em situações de responsabilidade, que poderão surgir ou exacerbar-se em períodos de stress ou interação prolongada.

De acordo com Maia (1998), os pensamentos de desvalorização, auto-culpabilização, visão negativa de si e rejeição, também evidenciados por S., parecem ser os sintomas mais comuns da depressão. O mesmo autor enfatiza que a mudança terapêutica, nas diversas dimensões afetadas pela patologia (emocional, comportamental e física), está essencialmente mediada pelos processos cognitivos. Assim, importa sobretudo promover alterações ao nível dos processos cognitivos, através dos quais S. percebe tudo à sua volta e que neste momento se traduz por avaliação negativa e derrotista. Em conformidade, e tendo por base a terapia cognitiva de Beck (1997), o autor refere que os sintomas depressivos e psicopatológicos advêm das distorções cognitivas, isto é, de um modelo cognitivo

disfuncional. Isto pode ser traduzido da seguinte forma: os pensamentos distorcidos, ideias ou mesmo imagens são o suporte dos sintomas de depressão.

Plano de Intervenção

Importa referir que S. participou no programa de intervenção em grupo de Treino de Habilidade Sociais, implementado na CT pela estagiária, onde foram abordados temas que de certa forma foram ajudando S. a colmatar tais adversidades. A utente teve ainda a oportunidade de participar na Ação de Formação realizada também pela estagiária sobre *“Emoções e Sentimentos”*, que segundo S. ajudaram a perceber e a descobrir mais de si própria, *“ter conhecido a Ana, foi muito importante para mim nesta fase de tratamento, tem-me ajudado muito.”* (sic).

Tendo em conta os pontos anteriores, a avaliação psicométrica e a informação da história desenvolvimental da utente e as suas características, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover uma relação terapêutica de confiança e empatia; motivar a utente para o tratamento, sendo que inicialmente esta se encontrava muito desmotivada e desvalorizada; identificar e produzir mudanças nos pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; motivar para um maior cuidado pessoal; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima; e, por último interromper o ciclo vicioso da depressão. De referir que esta terapêutica serviu também para reforçar e criar novos fortes até aqui trabalhados com a utente pela CT.

Assim, tendo em conta todos estes aspetos e por meio da terapia cognitivo-comportamental e para a concretização dos objetivos, foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas: uma breve abordagem psicoeducativa sobre a doença e tratamento comportamental a seguir, motivando a utente para o processo; terapia de reestruturação cognitiva de Beck, através de identificação e análise de pensamentos disfuncionais – técnica de sonda cognitiva; feedback positivo; identificação de competências; modelo cognitivo e técnica de conduta de desenvolvimento de atividades positivas e gratificantes; prescrição de tarefas graduais e técnica de solução de problemas.

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Para a aplicação dos objetivos e das estratégias terapêuticas, a intervenção foi desenvolvida em três partes, a primeira centrada na promoção de uma relação empática, de confiança e motivação da utente para o tratamento e para a integração ativa na dinâmica, o que demorou algumas sessões, dada a resistência de S. inicialmente (através do

encorajamento na partilha da sua história, pensamentos, sentimentos e análise das expetativas ao longo do tempo); num segundo momento foi trabalhado com a utente novas perceções quanto ao seu problema e ainda o papel determinante nos seus pensamentos, sentimentos e ações, sendo que por último, foi incentivado a S., a construir e explorar novos comportamentos, obtendo feedback acerca das suas mudanças entretanto praticadas. De realçar, que o processo terapêutico seguiu um enfoque cognitivo-comportamental, dada a eficácia deste tipo de intervenção na perturbação depressiva (Buella-Casal, Sierra & Cano 2001). A psico-educação sobre a doença e o conhecimento quando à intervenção a seguir (de cariz racional teórico), foi o primeiro passo da intervenção com S.. Neste sentido, foram demonstradas algumas competências cognitivas para manter S. informada quanto à sua doença e aos recursos que tinha ao seu dispor para conseguir melhoras ao longo da intervenção, o que funcionou como recurso para a utente, ou seja, para se consciencializar e reconhecer a relação entre cognições, afetos e comportamentos e do que pode ou não ter controlo, isto é, sobre os seus pensamentos e consequentes emoções e comportamentos. Seguidamente procedeu-se ao incentivo na realização de atividades agradáveis e gratificantes (Buella-Casal, Sierra & Cano 2001), tendo em conta as limitações por estar inserida em CT, com vista a combater os sintomas depressivos, e o seu isolamento. Posteriormente foi introduzido o modelo cognitivo de intervenção na depressão, tendo sido solicitado o registo das situações e acontecimentos que desencadeiam emoções negativas e cognições associadas, procedendo-se em seguida à técnica de reestruturação cognitiva de Aaron Beck (Beck, 1997). Através da monitorização e identificados os pensamentos automáticos, foram corrigidas concetualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas, ou seja, com esta técnica, pretendeu-se que S. reconhecesse e alterasse as falsas crenças e os pressupostos desadaptativos que apresentava. Esta técnica permitiu, deste modo, trabalhar as crenças de S. em relação à sua incapacidade de lidar com os acontecimentos passados e responsabilidades, diminuindo a sua passividade para a resolução de problemas, permitindo concomitantemente a melhoria das relações interpessoais. Além de que permitiu também testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares.

Na fase final do processo, foi introduzido o treino de resolução de problemas, por meio da técnica de solução de problemas de Nezu (1987), onde foi explorada a identificação do problema, a reflexão e delineação das possíveis alternativas de resolução, a escolha de uma alternativa, a gestão de recursos e os modos de aplicação da alternativa escolhida, assim como a escolha do momento para a sua aplicação. Apesar de continuar a denotar-se alguns comportamentos desestabilizadores, tais como baixa auto-estima e falta de confiança,

denotou-se ainda a necessidade de promover a motivação e crença no futuro, promover a criação de objetivos pessoais, de diminuir o sentimento de culpa e de incapacidade quanto ao seu estado atual e aumentar a autoeficácia no processo de mudança a partir dos seus ganhos, assim ficam as ressalvas e notas mencionadas para futuras intervenções com a utente.

Caso Clínico “M.”

- Anexo - XI

Descrição aprofundada do caso clínico “M.”

Caso Clínico M.

“Comecei a consumir álcool, por volta dos 10 anos, com o meu grupo de amigos. No início experimentei o vinho, à medida que fui crescendo fui acrescentando muitas outras bebidas. Quando bebia, sentia-me desinibido.” (sic).

Identificação

M. é um utente do sexo masculino, tem 35 anos e é natural de Vila Nova de Famalicão. *Barman* de profissão encontra-se desempregado desde 2012. É solteiro e mora com a mãe. Deu entrada na comunidade em Dezembro de 2013 por histórico de abuso de álcool.

Motivo da Consulta/Problema

M. deu entrada na comunidade em Dezembro de 2013, sendo transferido diretamente por vontade própria, incentivo da mãe e por pressão por parte da entidade patronal, após várias recaídas. Encontra-se internado na Comunidade Terapêutica devido ao seu problema de abuso de álcool, após várias tentativas falhadas de tratamento, tendo terminado o atual tratamento em Maio de 2014. Apresenta medo acentuado e persistente de situações sociais e funcionamento laboral, provocadas por uma ansiedade e mal-estar e reconhecido pelo próprio utente como excessivo, interferindo significativamente com as rotinas normais e diárias do utente. Ao longo da Anamnese e dos colóquios, o utente mostrou muita timidez.

História do Problema

M. começou a consumir álcool, por volta dos 10 anos de idade, juntamente com o seu grupo de amigos, *“No início experimentei o vinho, à medida que fui crescendo fui acrescentando muitas outras bebidas.”* (sic). Quando veio da tropa começou por experimentar haxixe e pastilhas, *“comprávamos naquelas casas de venda lega na “Euforia”, uns saquinhos com uns pozinhos.”* (sic). Diz que quando bebia, se sentia desinibido. Aos 20 anos, roubou pela primeira vez álcool no supermercado, juntamente com o seu grupo de amigos. A primeira vez roubou para consumo, a segunda vez por “diversão”, *“Até que acabamos por pôr as garrafas todas lá outra vez. Considero desagradável o facto de não ter noção muitas vezes a noção da realidade. Nunca fui apanhado a roubar e nunca houve violência. Roubávamos maioritariamente vodka.”* (sic). Inicialmente a mãe não sabia dos consumos de M., mas à medida que o tempo foi passando, começou-se a tornar impossível de esconder, pois afirma

que chegava a casa “*diferente*” (sic). Aos 30 anos, a situação começou a ficar mais complicada, tornando-se cada vez mais difícil de esconder pois o consumo já era muito, tendo começado a nem ter sequer a preocupação de esconder o seu estado, “*Na altura sentia-me sem noção daquilo que estava a fazer.*” (sic). Como sempre trabalhou em bares, restaurantes e pastelarias, tornava-se mais fácil para M., o acesso ao álcool “*Depois no trabalho, tinha acesso a tudo. Foi aí que fiquei encarregue de fechar a “casa” e tinha acesso às garrafeiras. Depois quando saía toda a gente e ficava sozinho, punha a música nas alturas e bebia até não poder mais.*” (sic). Diz que no início o seu patrão não dava conta das bebidas em falta, nem que M. permanecia por lá, após a hora do fecho, mas passado algum tempo, começou a ver que faltavam bebidas e começou a aperceber-se de que as contas não batiam certo ao final do dia, tal eram as bebidas consumidas por M.. Diz ter tido sorte, porque o patrão e funcionários, gostavam muito de M.. e do seu trabalho e por isso nunca fizeram queixa de roubo. Mas com o agravar da situação, passados três anos, foi avisado e alertado pelo patrão, para não o voltar a fazer, “*Mas como já não estava para aí virado, começava a fazer asneiras no trabalho. Não arrumava as coisas como deviam ser. Tinha que fazer uma lista para o dia seguinte, e no dia seguinte faltavam muitas coisas. Cheguei ao ponto de deixar o alarme desligado por várias vezes durante a noite.*” (sic). Em relação à contagem do dinheiro no final do dia de trabalho, que M. se encarregada e ficava responsável por o fazer, nunca lhe disseram nada, embora hoje tenha perfeita noção de que errou muitas vezes na contagem, por se apresentar alcoolizado, “*E em relação ao resto, deram-me a escolher. Ou parava de consumir (tirei uma semana até nessa altura para pensar na minha vida), mas depois voltava sempre tudo ao mesmo. Até que me disseram para eu me ir tratar. Que o trabalho continuava lá para mim e que as portas iam estar sempre abertas para mim. E foi aí que comecei tudo de novo. E foi aí que comecei de novo com o tratamento e dei entrada na Comunidade.*” (sic). Diz não se sentir com maturidade suficiente, mas quando o fazia, diz ter a perfeita consciência das consequências que aquele ato de roubar podia acarretar. Apesar de o fazer por “*diversão*” (sic), M. diz “*Custava-me muito roubar... ficava branco, pálido... cheio de ansiedade, com medo de ser apanhado.*” (sic), confessando fazê-lo por se sentir protegido perante o grupo, mas sozinho seria capaz de o fazer.

História Clínica

O utente refere historial psiquiátrico, estando a ser acompanhado pelo psiquiatra e com recurso a terapia medicamentosa. Descreve-se como tímido, nervoso e muito dependente da mãe e que quando fica mal e nervoso, não consegue falar perante a pressão.

Fora a terapia medicamentosa, antidepressivos e ansiolíticos, o utente não tem qualquer outro tipo de historial clínico.

M. diz sentir um vazio, *“Lembro-me de certas coisas que não tenho a certeza se são reais/ verdadeiras ou não. Tenho perfeita consciência que isto acontece por causa do álcool.”* (sic). Diz que com o passar do tempo, se começou a aperceber e a arrepender-se do seu passado de consumos, *“por exemplo, não me lembro ao certo, ou se é real ou não, se chumbei a educação física alguma vez, se fui expulso por algum professor por mau comportamento ou se andei á porrada com um colega meu. São coisas que apesar de me virem á cabeça, não sei dizer se realmente aconteceram ou se são fruto da minha imaginação.”* (sic).

História Biopsicossocial

M. é filho único, apesar de *“Queria ter irmãos mais velhos. Sempre quis ter um irmão um ano mais velho, para me ter ajudado e me ajudar nas situações mais difíceis.”* (sic). Na sua infância, vivia na casa dos avós, com a mãe e com sete irmãos (tios), num bairro em Vila Nova de Famalicão.

Diz que a avó nunca aceitou bem o nascimento de M., porque a sua mãe nunca chegou a casar com o pai. Diz haver sempre muitos conflitos e que sempre foi considerado como um “problema”, sendo por isso, sendo por isso, muito rejeitado. Por haver tantos conflitos, M. juntamente com a sua mãe, mudaram para uma outra divisão da casa (um anexo), sem qualquer tipo de condições de habitabilidade, onde só existia um quarto com uma cama, *“Nem cozinha nem mesa para comermos tínhamos. Ficamos todos separados. Mas convivamos todos na mesma, porque as refeições fazíamos todos juntos na casa principal.”* (sic).

Refere que os tios consumiam drogas e que apesar de viverem e conviverem com ele, nunca experimentou nada na altura em que viviam todos juntos. Recorda que à noite havia sempre muitas discussões á mesa, muito barulho e desentendimentos. Por nunca ter gostado de discussões, barulho e confusões, M. isolava-se e evitava sempre que podia, assistir e meter-se nos assuntos familiares. Diz ir visitar o seu pai por ordem do tribunal, até aos oito anos de idade, referindo que o seu pai já teria outra mulher, acabando por ter um filho com ela, *“Normalmente ia sempre sozinho. Pegava na minha bicicleta e ia vê-lo. Depois comecei-me a aperceber de que ele dava mais atenção aos outros, do que a mim. Tive a sensação que me foi pondo de parte. Depois eu é que tomei a iniciativa de não voltar a vê-lo.”* (sic). Refere gostar e dar-se muito bem com os seus primos e avó paterna. Tinham um campo enorme com animais e M. relembra gostar muito de ir para lá. Apesar de tudo, sempre se deu bem com a família paterna. Entretanto o avô paterno acabou por falecer, *“O único senão era o meu pai,*

que sempre fez questão de me afastar e pôr de parte. Mas desde os oito anos que por iniciativa própria o deixei de visitar e a partir daí o meu pai nunca mais me procurou, nem quis saber mais de mim.” (sic). Aos dez anos de idade, refere que aos fins-de-semana encontrava-se sempre com os primos, só que passado algum tempo, também acabaram por se afastar e em consequência, deixado de falar. Como moravam juntos do pai, também acabou por deixar de estar com eles.

Na altura em que M. foi para a tropa, diz que a mãe teve um companheiro, facto que aceitou bem, apesar de pouco falarem um com o outro, *“Ele estava em processo de divórcio e a minha mãe não o trazia muitas vezes para minha casa até o processo concluir.”* (sic). Relembra situações passadas, muito boas com a sua mãe, apesar de nunca terem falado muito um com o outro sobre temas de “adolescentes”, nem da vida de M.. Mas refere ter-se preocupado sempre muito com ele. Diz ter tido sempre amigos com idades superiores às de M., mesmo na sua infância. Quando deixou de estar com o pai, *“comecei-me a afastar ou quando ouvia uma voz mais alta, saía logo de casa, porque já sabia o que me esperava. As conversas e as discussões eram sempre a meu respeito.”* (sic).

Diz dar-se muito bem com o tio, *“Porque havia certos aspetos que era como eu, sempre me apoiou e gostava das mesmas coisas que eu. Tínhamos muito em comum. Convidava-me sempre para jogar futebol e quando havia um jogo de futebol no estádio nunca se esquecia de mim e lá íamos os dois. Eu adorava. Em casa, tínhamos pássaros, cães, gatos e os dois juntos tratávamos deles.”* (sic).

Fez a tropa com 20 anos, diz ter ido só mesmo por na altura ser obrigatório. Refere que os tios consumiam e bebiam na tropa, começando a traficar e tendo acabado por irem presos.

Diz que saía muitas vezes à noite, como qualquer jovem e que *“bebia uns copos”* (sic). Recorda que sempre que saía à noite a mãe pedia-lhe para que a avisasse caso chegasse mais tarde, mas refere que *“Sempre confiou muito em mim, por isso me dava a liberdade que sempre deu.”* (sic).

Estudou até ao 9º ano, tendo reprovado e ficado com o 8º ano completo por desleixo e falta de interesse, *“Na altura já nem cadernos ou material escolar levava para a escola. Ia vestido todo “roto”, calças rotas, desleixado. Foi quando comecei a ver que estudar já não dava para mim... Já não aguentava mais viver com a minha mãe naquelas condições...”* (sic). Até que começou a aperceber-se de tudo o que tinha deixado para trás. Refere por repetidas vezes, *“Sinto que cresci muito rápido. Sinto que nem infância tive”*. (sic).

Foi nessa altura, por volta dos 16 anos, que decidiu ir trabalhar com a mãe, para a fábrica têxtil de plásticos e vidros, onde ela trabalhava. Passado algum tempo, conseguiu

juntar dinheiro, tendo arranjado uma casa para M. e para a mãe, acabando por irem viver juntos. Gostava do trabalho que fazia, *“até me começar a aperceber de que tudo tinha sido um erro. Trabalhei durante três meses e vim-me embora. Depois a partir daí foi sempre a trabalhar em bares, restaurantes e discotecas, esse tipo de trabalhos precários.”* (sic).

As discussões entre familiares aconteciam quase todos os dias, *“recordo-me bem de uma que aconteceu na altura em que tivemos que mudar para a outra parte da casa. Aí chegou a haver violência verbal e física. No meio da discussão, havia mesas, cadeiras e vassouras pelo ar. Muitas vezes estavam todos uns contra os outros e eu ali sem saber o que fazer. Já tentei esquecer isso... mas tremo todo só de pensar e falar...”* (sic).

Recorda-se que chegavam a casa todos cansados do trabalho, *“e qualquer coisinha despertava logo e era motivo para mais uma discussão. Depois havia a situação de chegar ao final do mês e cada um ter que dar a sua parte da mesada... os irmãos da minha mãe bebiam e o ordenado ia todo para o álcool, começaram a ficar sem dinheiro e sem trabalho, acabando até por roubar e vender coisas lá de casa para consumirem e aí as discussões tornavam outro rumo...”* (sic).

Recorda-se de assistir muitas vezes a, *“ver vassouras a voar, mesas no chão caídas... Cadeiras pelo ar. Eram discussões todos os dias. Havia muita violência na minha família. Nessas situações eu fugia... E ficava num canto sozinho.”* (sic).

Nessas situações, refere-se à mãe como alguém que sempre o apoiou e esteve presente nos momentos mais difíceis, *“Foi quem sempre me defendeu e nunca deixou de estar ao meu lado, até nas discussões entre a família. Foi sempre a má da fita com os irmãos, por me ter defendido sempre, desde o momento em que soube que estava grávida e mesmo sabendo que eu seria e era na altura indesejado.”* (sic).

No que respeita às relações de amizade, M. recorda dois grandes amigos e vizinhos, viviam todos no mesmo bairro. Para além de vizinhos, estudavam juntos. Diz terem sido sempre bastante unidos e darem-se bem, *“Quando havia discussões na minha casa, era com eles que eu ia ter. Eles também tinham os seus problemas e no fundo os problemas deles eram idênticos aos meus. Eram os únicos que me compreendiam, já por isso nos tornamos inseparáveis.”* (sic). Refere irem ao cinema, brincarem juntos, andar de bicicleta e andarem juntos de mota. Acabaram por se separar, quando M. mudou de casa, referindo nunca mais ter entrado em contacto com eles, *“Foram amigos que me acompanharam sempre e ficaram marcados. Hoje sinto muito a falta deles.”* (sic).

Foi depois da tropa que fez novas amizades, quando arranjou trabalho na hotelaria, *“Saía muito com eles à noite, eram meus colegas de trabalho nos bares por onde trabalhei.”* (sic).

Foi aí que o consumo disparou. Tudo começou, *“por uma cerveja, depois por whisky, os patrões deram-me liberdade para isso, eles sabiam, era eu que fazia as compras para a semana. E foi quando deixei de fumar tabaco e na altura em que estava a consumir mais haxixe. Não foi á primeira, nem á segunda, nem á terceira tentativa que consegui... Mas tive mesmo que parar de consumir haxixe... porque não queria ficar como me lembrava dos meus tios, que foram presos, por tráfico e consumo de drogas.”* (sic).

Confessa por vezes, tratar-se de um consumo violento, *“Comecei a beber mais, por vezes era um consumo um bocado “violento”, acabei por começar a consumir logo de manhã cedo, depois comecei a ser avisado pelos patrões. Avisaram-me uma vez, depois uma segunda e á terceira vez de avisos, deram-me a escolher ir fazer tratamento. Disseram-me mesmo que “o trabalho fica na mesma aqui, à tua espera”. E eu fui. A partir daí andei numa serie de tratamentos, até aos dias de hoje.”* (sic).

O utente esteve internado a soro no Hospital do Porto, devido ao consumo excessivo de álcool. Diz ter estado numa instituição também no Porto, a fazer tratamento ao álcool, *“Lá estávamos todos misturados, álcool com droga. Não havia qualquer tipo de distinção. O tratamento de lá, não tinha nada a ver com o daqui. Ninguém se preocupava com ninguém, às vezes queríamos falar com um psicólogo, ou com alguém e nunca estava lá ninguém e quando estavam, nunca ninguém se mostrava disponível para nos ouvir. Basicamente ninguém queria saber de nós. Aqui sinto que se preocupam connosco. Aqui sinto que até as regras fazem sentido. Aqui sinto-me realmente a crescer e a encaminhar.”* (sic).

Diz que o seu objetivo em ter vindo para a Comunidade, apesar do principal ter sido para tratamento ao álcool, também foi conseguir e aprender a comunicar, *“O meu objetivo em vir para cá, isto porque não consumia acerca de seis meses, quando dei entrada em Comunidade, sempre foi conseguir ter uma conversa e um relacionamento normal para com os outros. Conseguir ter uma conversa com inicio, meio e fim.”* (sic). Diz querer muito mudar o seu comportamento perante as pessoas, deixar a timidez de lado, facto que sempre o preocupou muito, *“Sempre me preocupou muito e mexe muito comigo e isto todos os dias... o facto de querer sempre saber o que “vem a seguir”. Perceber o porquê das coisas. Não consigo lidar com isto e sinto que dá cabo de mim. O querer saber sempre ao que vou, e para o que vou e o porquê de ter que ir. Era algo que queria mesmo resolver e perceber. Queria*

aproximar-me das pessoas... Mas não consigo, tenho muito medo da rejeição, de não gostarem de mim. E não me consigo conformar com isso.” (sic).

No que respeita à relação afetiva, revela ter sido aos 15 anos que teve a primeira relação séria e que teve a primeira relação sexual, *“foi com a Mónica a minha vizinha. Éramos vizinhos desde pequenos (desde que me lembre). Fui eu quem tomou a iniciativa. Passados uns 3/4 anos, nunca fui rapaz de ter muitas raparigas, sempre fui rapaz de uma só rapariga. Gostava muito dela e dávamo-nos bem. Só que depois eu mudei de casa e tivemos que nos separar.” (sic).*

Em relação às amizades, nos tempos de escola considera ter sido sempre aceite, apesar de *“tirando os vizinhos, sempre fui uma pessoa de me pôr muito de parte, de não conviver... Sempre me custou muito ganhar a confiança de alguém.” (sic).* Passava a maior parte do tempo isolado, por *“nunca me identifiquei com nenhum. Uns andavam de calças rotas, outros de calças largas, outros com as cuecas de fora, e eu nunca sabia com que grupo me identificava mais. Até que me acabava por isolar muito e ficar sozinho.” (sic).*

Diz ter tido muitos colegas de trabalho, apesar de não os considerar como amigos. Saía à noite, iam para bares e discotecas e era aí que M. se envolvia mais com raparigas, mas considera serem envolvimento passageiros e sem importância, *“Saía à noite com eles. Íamos para bares e discotecas, era aí que me envolvia com raparigas, as tais chamadas de “amigas coloridas”. (sic).* No trabalho, M. refere que era quando mais se dava com as raparigas, diz começar a noite já “animado”, admitindo que enquanto trabalhava, tinha sempre o sentido de responsabilidade de não passar daquele limite, *“Depois as raparigas vinham ao balcão, e elas metiam-se comigo. Depois acabávamos por sair da discoteca juntos e íamos muitas vezes para a praia, junto ao farol. Depois voltava a vê-las e a falar com elas na discoteca. Mas só o conseguia fazer quando bebia. Se estivesse sóbrio, duvido que o conseguisse fazer.” (sic).*

Diz ser no trabalho, onde se sentia melhor e respeitado, *“sentia-me no “meu mundo”. Lá todos me cumprimentavam. Sentia-me acarinhado. Oferecia bebidas a muitos clientes e eles acabavam por me conhecer e me respeitar. Mal entravam na discoteca, chamavam e procuravam por mim e vinham ter comigo. O álcool desinibia-me muito. E como acabava por conseguir sob o efeito, tornar-me na pessoa que sempre quis conseguir ser... À vontade... de mente aberta... Desinibido... Falador...” (sic).*

Por outro lado, M. refere que quando consumia Haxixe, fazia-o muitas vezes sem saber o porquê, acabando por nem se sentir bem com o consumo, *“Quando consumia Haxixe não me sentia bem, nem fisicamente nem mentalmente e se quer a verdade, nem gostava de o*

fazer, preferia e sempre preferi o álcool. Nunca comprei droga, fumava sempre e fazia charros porque os meus colegas na altura também fumavam.” (sic).

Para evitar o seu medo acentuado e persistente de situações sociais, provocadas por uma ansiedade extrema na qual o utente considera excessiva, interferindo e reconhecido pelo próprio utente como excessivo, interferindo significativamente com as rotinas normais e diárias do utente, o utente admite que o álcool era uma fuga a essa situação “*mesmo no trabalho, como sempre trabalhei em restaurantes e bares, bebia sempre durante e após o trabalho, para me sentir bem comigo e com os outros... só assim conseguia ser normal e alguém capaz de socializar com os outros*” (sic).

Exame do estado Mental

M. é de estatura e porte médio e apresenta-se higienicamente cuidado. A sua idade aparente é coincidente com a idade real. Durante o processo terapêutico houve uma melhoria no cuidado com o vestuário que, inicialmente, apesar de limpo, era desleixado.

O utente consegue manter o contacto ocular, mas desvia-o quando são mencionados assuntos que lhe causam algum desconforto. A tonalidade geral da ressonância é sempre de empatia e o seu humor oscila entre o neutro e o depressivo.

O discurso de M. é predominantemente organizado e coerente. Ao nível do pensamento demonstra ideias delirantes relacionadas, sobretudo, com o passado familiar. Observa-se que tem dificuldades em prestar atenção e em manter a concentração. Possui orientação auto-psíquica e orientação alopsíquica, mas, na maioria das situações colocadas, revela entre baixo a moderado juízo crítico e pouco *insight* para o seu estado clínico.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

A avaliação de sintomas psicopatológicos, cognição e personalidade, foram realizadas respetivamente através do BSI, das MPR e do MMPI-2.

Através do BSI, M. cotou no ISP 1.0. Como o ponto de corte do ISP é 1.7, pode-se aferir que o utente não possuirá instabilidade mental ou emocional. Porém as dimensões clínicas Ansiedade Fóbica (1.8) e Sensibilidade Interpessoal revelam alguma elevação. Pelo que M. poderá sentir medo persistente a um local, ou pessoa, ou situação específica, tendo um comportamento de evitamento. Sentirá também alguma inadequação pessoal, sentimentos de inferioridade, com autodepreciação e dificuldades nas interações sociais.

A pontuação obtida através das MPR indica que M. terá um QI entre os 80 e 90, que se situa no grau V, e revela uma inteligência normal reduzida. Tal revela que o utente terá uma

inteligência geral abaixo à da população em geral com a sua idade e grau de escolaridade. Assim sendo, terá dificuldades ao nível da inteligência não-verbal, da percepção, do comportamento explorativo, da capacidade de observação, reduzida capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, bem como ao nível das competências de dedução e de observação das relações acerca de uma estrutura completa.

Na avaliação da personalidade feita por meio do MMPI-2, as escalas de validade indicam que o protocolo é válido ($\alpha=0$). Na escala da mentira ($L=59$) e na escala de validade/incoerência ($F=56$) os valores foram moderados, indicando que M. tentou dar uma imagem favorável de si, evitando dar respostas de comportamento socialmente desadequado, ou então respondido algumas questões ao acaso. A escala clínica mais elevada foi a de Paranóia ($T=72$) e as escalas clínicas que indicaram valores moderados foram a Sensibilidade Interpessoal ($T=62$), Depressão ($T=62$) Maculinidade/Feminilidade ($T=59$).

Dessa forma, pode-se aferir que M. terá uma personalidade paranóide com tendência à desconfiança, à hostilidade e delírios de perseguição. Terá alguma predisposição para o isolamento social, introversão e dificuldades nas relações interpessoais, sentimentos de desesperação, falta de motivação e de incapacidade. Terá também alguns problemas no que se refere à identificação com o próprio papel sexual, dados que corroboram com a informação obtida durante as anamneses e entrevistas.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	300.23	Fobia Social, Generalizada [F40.1]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário Situação familiar gravosa
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

O utente preenche os critérios de dependência de substâncias, nomeadamente o álcool, substância consumida em quantidades crescentes até atingir a intoxicação, sendo consumido em quantidades superiores e por um período longo, verificando-se a necessidade de abandonar

atividades importantes como o trabalho. Este consumo ocorre em qualquer ocasião no mesmo período de 12 meses. O diagnóstico atribuído deve-se essencialmente à história clínica e biopsicossocial do utente, bem como o problema atual não é melhor explicado por outras perturbações mentais não induzidas por substâncias. Isto porque e segundo o DSM-IV-R (2002), as Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias.

É ainda de salientar que M. apresenta alguma sintomatologia ansiosa, que nos leva a inferir a presença de uma Perturbação de Ansiedade, nomeadamente, 300.23 Fobia Social, Generalizada. A Fobia Social deve ser distinguida da ansiedade normal, dado esta ser por vezes adaptativa, isto é, muitos sujeitos sentem ansiedade perante pessoas desconhecidas; contrariamente à Fobia Social, que origina ansiedade e mal-estar extremo, provocando no sujeito alterações no seu funcionamento. No presente caso, verifica-se que M., necessita de ingerir álcool para se sentir mais à vontade na sua relação com os pares e situações de interação social.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a Fobia Social é caracterizada pelo evitamento de situações sociais na ausência de Ataques de Pânico inesperados e recorrentes. Posto isto, exclui-se o diagnóstico de Perturbação de Pânico, dado o utente não reunir sintomas e sinais que preencham os critérios deste diagnóstico (e.g., o utente nunca apresentou um episódio de ataque de pânico), bem como se exclui outras perturbações associadas, como por exemplo Perturbação Depressiva Major, Distímia, Perturbação Dimórfica Corporal, Esquizofrenia, uma vez, que os sintomas apresentados pelo utente não ocorrem somente durante a evolução de outra perturbação.

Embora, haja uma grande sobreposição entre a Fobia Social, do tipo Generalizado, e a Perturbação Evitante da Personalidade, esta segunda é excluída do presente diagnóstico, dado o utente não reunir todos os critérios.

M. apresenta ainda um conjunto de sintomas que nos levam a inferir a existência de Perturbação Paranóide da Personalidade. No entanto, exclui-se esta perturbação de personalidade devido a presença de Perturbação Relacionada com Substâncias no Eixo I, que parece resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranóide da Personalidade (Frances & Ross, 2004).

É ainda excluída a Alteração da Personalidade Secundária a um Estado Físico Geral, por não apresentar critérios para tal.

Conceptualização do Caso

O utente apresentou-se sempre ansioso quando era para falar de si, não gostava de falar de si nem da sua vida, tendo a história de vida ficado um pouco incompleta e sem se ter percebido alguns detalhes importantes.

É evidente que a destruturação familiar afetou o utente, ser rejeitado pela própria família, inclusive pelo próprio pai, levou M. a afastar-se, a refugiar-se e a ver a figura maternal como sua única companheira e confidente.

Mais tarde, entra na escola e sente-se inferior relativamente aos colegas pois os pais eram separados, e as outras crianças não tinham pais separados, nem na mesma situação que a de M.. Então, para ter mais atenção e como forma de se sentir mais desinibido, começa a beber e a consumir haxixe. Nesta postura sentia-se superior aos outros, tendo assim muita confiança e segurança em por exemplo iniciar conversas nos seus locais de trabalho, quando se tratavam de bares ou restaurantes. Mas, no fundo, era para esconder a dor que sentia por se sentir diferente dos outros e inferior aos outros. A inferioridade no abuso de substâncias é muito vulgar, e é uma das principais causas para iniciar os consumos, acontece principalmente na adolescência para conseguir enfrentar e encaixar no grupo de pares (Ferros, 2011).

É importante ressaltar o facto de o utente ter uma recaída após o abandono do primeiro programa, isto pode ser explicado através do condicionamento clássico (Wikler, 1973). M. tem uma dependência de drogas, pois passou muito tempo a consumir com amigos. Quando este está sóbrio, a presença da substância (estímulo incondicional) desencadeia um desejo compulsivo de consumir (resposta incondicional). A presença da substância (estímulo incondicional) está associada à presença dos amigos consumidores (estímulo condicional), ou à própria escolha de local de trabalho (bares, discotecas ou restaurantes). Posteriormente, M. deixou de consumir e manteve-se abstinente. Segundo a teoria do condicionamento clássico, o encontro inapropriado com um antigo amigo consumidor pode desencadear o desejo compulsivo de consumir (resposta incondicional), posteriormente recaindo (Rahoui & Reynaud, 2008). Neste sentido, temos uma explicação para a recaída do utente.

Para se compreender melhor o caso de M., isto é, o comportamento aditivo do utente, passa-se a explicar o modelo de prosseguimento do comportamento aditivo desenvolvido por Beck, Wright, Newman & Liese (1993). Deste modo, o ciclo cognitivo-comportamental foi desencadeado por um estímulo, que pode ser interno ou externo (por exemplo a incapacidade de socializar). Este estímulo ativa um esquema cognitivo feito de expectativas e crenças (por exemplo, “sinto-me menos inibido quando consumo”). Este esquema disfuncional acionou esquemas automáticos (por exemplo, “o consumo faz-me bem”) que permite a manifestação do desejo compulsivo de consumir. Entretanto também a intervenção de crenças permissivas

(por exemplo, “só uma vez não faz mal”) para o comportamento da procura da substância ser iniciado e conduzir ao consumo. Os fatores cognitivos como a auto-imagem, o comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de *coping* e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição do comportamento da dependência de M. (Ogden, 2004; Rahioui & Reynaud, 2008).

Plano de Intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamento, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahioui & Reynaud, 2008), uma vez que estas terapias colocam a tónica no reforço e na eficácia pessoal, o terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são claramente definidos, tal como os meios utilizados para os avaliar, sendo que a avaliação regular dos progressos permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia (Rahioui & Reynaud, 2008).

Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a relação terapêutica de confiança e empatia; motivar o utente para o tratamento; identificar e produzir mudanças nos pensamentos desadaptativos, reduzindo os pensamentos automáticos negativos e disfuncionais; promover a procura de lazer e atividades prazerosas, aumentando o nível de atividade, boa disposição e auto-estima. Como o utente apresenta aparentemente sinais idênticos aos da Perturbação da Personalidade Paranóide a adesão ao tratamento parece ser muito difícil pela própria característica do transtorno de não confiar nos outros, inclusive em profissionais de saúde, pelo facto de abordar temas relativos à sua intimidade com receio de ser traído, de não precisar factos para chegar a conclusões e de dificilmente aceitar o diagnóstico.

Foi fundamental trabalhar com M. a inferioridade, e para isso na CT a ferramenta mais útil é o confronto na relação com os outros (Berger, 2004). Consigo mesmo foi importante explorar as causas da inferioridade e trabalhar nessas mesmas causas para que M. conseguisse encontrar um equilíbrio e acabar com o sentimento de inferioridade (Nunes & Jóluskin, 2010), através da gestão de emoções negativas.

Posteriormente tratar da relação familiar, pois também está na base dos seus consumos a destruturação familiar (Berger, 2004), tendo em conta o modelo sistémico.

Para o tratamento da fobia social, foi utilizado o modelo de terapia cognitivo comportamental, que dá ênfase às interações entre as crenças nucleares dos indivíduos, às estratégias interpessoais disfuncionais e caracteristicamente superdesenvolvidas e às

influências ambientais (Beck, 2005). Desta maneira, no decorrer do tratamento, alguns objetivos traçados foram: correlação entre pensamentos distorcidos e comportamentos desadaptativos; reestruturação cognitiva; desenvolvimento de habilidades de enfrentamento (como assunção de perspectivas, comunicação efetiva, regulação das emoções, autocontrole, tolerância à frustração, assertividade, pensamentos consequenciais e adiamento da resposta); auto monitoramento; ampliação do leque de interesses e domínio interpessoal e habilidade de construção de escolhas construtivas (Beck, Freeman & Davis, 2005), estratégias entretanto implementada na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária. Na sessão final da intervenção, a psicóloga-estagiária, teve a possibilidade de em grupo, utilizando a técnica da “confrontação” entre os utentes, foi possível ainda discutir com M. essas situações, fazendo-o perceber que recair não é sinónimo de falhanço, mas sim de uma aprendizagem e de mudanças profundas.

As estratégias cognitivas e comportamentais de prevenção de recaídas foram, também, nesta altura fundamentais, bem como esclarecer e nomear quais os fatores de risco e de proteção, atitudes e pensamentos que põe o utente em risco e pensamentos e atitudes que o ajudam a proteger-se (Rahoui & Reynaud, 2008). Assim, nesta última fase, foi importante empregar-se uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao “aqui e agora”, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em M, tendo sido uma experiência agradável, uma vez que houve progressos por parte do utente. A mudança, apesar de lenta, foi notória. O utente terminou com sucesso o período de seis meses de tratamento, tendo transitado de forma satisfatória para a “Fase da Reinserção”.

Caso Clínico “AV”

- Anexo - XII

Descrição aprofundada do caso clínico “AV”

Caso Clínico AV

“Era o meu pai quem nos dava um cheirinho em todas as vezes que nos sentávamos à mesa.” (sic).

Identificação

AV tem 65 anos e é natural de Valadares-Baião. Previamente à sua reforma trabalhava nas Artes Gráficas. É casado mas a mulher abandonou o lar e atualmente mora com o filho de 35 anos. AV esteve na guerra do Ultramar, com suspeita de Perturbação de Stresse Pós-Traumático e possui histórico de abuso de álcool.

Motivo da Consulta/Problema

AV estava internado na Comunidade Projeto Homem devido ao seu problema de abuso de álcool, sendo encaminhado pela responsável do Serviço de Psicologia do Hospital de Valadares. AV esteve na guerra do Ultramar, com suspeita de Perturbação de Stresse Pós-Traumático, por ter presenciado a morte de um companheiro, ferimentos graves e ameaças à integridade física do próprio e de outros, com atuais pensamentos e sonhos perturbadores recorrentes acerca da guerra. Apresenta dificuldades em adormecer, dificuldade de concentração, hipervigilância e mal-estar significativo, com deficiência no funcionamento social.

História do Problema

AV esteve na guerra do Ultramar Mar a fazer a tropa. Conta com pesar algumas experiências que teve, mas diz que prefere esquecer o assunto. Diz também que quando regressou a casa terá recebido uma carta para se inscrever nos “Deficientes com Stress Pós-Traumático de Guerra”, mas preferiu ignorar tal assunto e não deu qualquer resposta.

O utente recorda que a primeira experiência de consumo de álcool teria sido “Aos 15/16 anos bebi pela primeira vez à mesa com os meus pais.” (sic). “Era o meu pai quem nos dava um cheirinho em todas as vezes que nos sentávamos à mesa.” (sic). No entanto, teria sido após o retorno do Ultramar, tinha o utente 20 anos, que o consumo aumentou exponencialmente. Segundo ele, por culpa e influência dos amigos da tropa, que se reuniam e “iam uns copos atrás dos outros.” (sic), “era uma tragédia.” (sic). O utente defende não saber

ao certo a quantidade que bebia, consumindo conforme o dinheiro que tinha. Além disso, menciona só se ter sentido uma ou duas vezes embriagado. Quando começou a perceber que tinha dificuldades em parar de beber evitava as refeições para “*não cair na tentação de beber.*” (sic). O utente diz que quando repararam no seu problema, a mulher, além de outras pessoas não específicas, diziam-lhe para parar de beber. Andou a ser acompanhado pelo IDT, na unidade de alcoologia no período de 2011 a 2013, sendo seguido por dois médicos. Diz ter estado internado umas três ou quatro vezes. “*Depois encaminharam-me para a Comunidade Terapêutica do Projeto Homem.*” (sic). Há cerca de 15 dias esteve internado no hospital a soro e a oxigénio, por ter sentido “*um género de gripe, mas sem febre.*” (sic).

Para além do descrito acima, verifica-se que o utente ainda diz ter pesadelos recorrentes da guerra do Ultramar, “*há uns dias atrás dei por mim a tentar sufocar um companheiro de quarto, mas eu não me lembro de nada, nem porque o fiz, mas de uma coisa tenho a certeza, sonho muito com a guerra, ainda sinto o cheiro de lá, se fechar os olhos é como se lá estivesse ainda.*” (sic).

História Clínica

AV indica que já esteve internado no hospital, com problemas pulmonares, por fumar muito “*Fumei durante 20 anos. Até tenho vergonha de dizer quanto... mas fumava cerca de três a quatro maços por dia. Depois é que me vi atrapalhado com isto e fui ao médico. Ele disse que não valia a pena qualquer tipo de tratamento, que conseguia deixar de fumar por mim.*” (sic). Atualmente diz que não fuma. Também revela que quando esteve no Ultramar terá tido hepatite, provocada pelo abuso de álcool, “*Vinha com o corpo e a cara, toda amarela. Depois tratei-a quando cheguei, fui para o médico da segurança social tratar-me.*” (sic). O médico ter-lhe-ia prescrito medicação para o colesterol, seguindo-a somente até se sentir mais estável, sendo que depois, ao contrário de ordem médica, deixou de a seguir. O último médico a que recorreu prescreveu “*uma bomba, para se me faltasse o ar.*” (sic). O utente também diz que se encontra a tomar seis comprimidos por dia e que quando foi institucionalizado no Projeto Homem o psiquiatra alterou a medicação, mas que não sabe para o que é.

História Biopsicossocial

AV é o segundo filho numa fratria de quatro irmãos (uma rapariga e três rapazes). Revela que se dá bem com a irmã, de quem sempre nutriu muito afeto e sente maior

proximidade do irmão mais velho. Em relação ao mais novo diz que ele *“tem a mania que é importante, que é rico, que só ele é que sabe.”* (sic).

A mãe do utente era doméstica e terá morrido com 44 anos com cancro da mama - *“parece que estava á espera que eu chegasse da guerra, para morrer.”* (sic). Indica que a relação com a sua mãe teria sido boa e que falava muito com ela. Seria muito protetora, *“dava-me muita porradinha, mas também me encobria de muita coisa.”* (sic). No tempo que esteve no ultramar escrevia-lhe mas como ela não sabia ler nem escrever, eram os irmãos quem lhe liam as suas cartas. O pai era polícia e terá sido um bom progenitor mas um pouco severo, chegando a ser violento quando os filhos se portavam mal *“Uma vez desfez-me o corpo todo com um cassetete de polícia, mas eu mereci, já não me recordo bem porquê, sei que fiquei todo negro na altura.”* (sic). Teria uma boa reforma, mas por vezes pedia dinheiro emprestado ao filho, que depois devolvia. Diz o utente que esta seria uma estratégia do pai - *“uma forma de eu não mexer no meu... porque ele tinha muito.”* (sic). AV diz que ajudava o pai a plantar hortaliças, que teria umas plantações, umas *“serrasinhas”* (sic), teriam azeite sempre do bom e do melhor, vinho e batatas. Um dia uma senhora queria casar com o pai, com a condição de que este lhe desse uns terrenos e a casa. O pai desistiu do casamento para que tudo que ele tivesse conseguido na vida passasse apenas para os seus filhos. Mais tarde, ficou doente. Inicialmente eram os filhos que tratavam dele ou chamavam uma enfermeira. O pai acabou por piorar e foi internado num hospital até à data do seu falecimento.

Relativamente à sua escolaridade, o utente indica ter estudado até ao 1º ciclo. Relata que se dava bem com os colegas e nunca faltava á escola. Terá abandonado a escola porque *“não tinha grande inteligência.”* (sic). O primeiro emprego que teve foi de trolha, mas o pai como não aprovava colocou-o a trabalhar em Artes Gráficas. Não tinha especial agrado pela sua profissão e revela ter tido problemas na sua inter-relação com os seus superiores, tendo chegado a exemplificar um problema em que terá dito ao superior *“se diz que não sei fazer bem, então explique-me como o faço - e ele dizia que também não percebia nada daquilo.”* (sic). O utente chega a afirmar que *“Por vezes davam-me 24 horas para fazer um trabalho que eu em uma, duas horas fazia aquilo tudo.”* (sic).

Quando confrontado com as suas experiências de guerra, recorda ter sido acusado de ter morto a tiro um companheiro de guerra. Refere ter sido doloroso, por se tratar de um companheiro, *“dizem que fui eu que o matei, mas eu não era capaz de fazer isso a um companheiro que eu tanto estimava.”* (sic). Diz que para além da morte do companheiro, presenciou várias mortes e ferimentos *“vi uma mulher a ser desfeita por uma hélice.”* (sic). O utente admite ter pensamentos e sonhos perturbadores recorrentes acerca da guerra,

dificuldades em adormecer e de concentração, hipervigilância e mal-estar significativo, com deficiência no funcionamento social.

AV é casado. O relacionamento terá sido bom mas de momento ele não vive com a mulher, porém esta continua a frequentar a sua casa e a tratar dele: limpa e cozinha. O utente está convicto de que mais tarde ou mais cedo, a esposa voltará a morar com ele. A esposa terá abandonado o lar indo morar com o filho e a namorada dele porque, segundo o utente, descarregava a sua raiva. Porém indica que nunca lhe terá batido, ou tirado a chave e que o dinheiro e a casa continuavam no nome dos dois. Descreve a relação com o filho como “*normal*” (sic). Diz não gostar nem concordar com o trabalho do filho. O filho terá estudado apenas até ao 5º ano de escolaridade e terá tido um percurso de troca consecutiva de empregos “*era motorista, depois foi para a Câmara com o cargo de massagista dos ciclistas e eles gostavam muito dele. Depois aquilo mudou de Vereação e decidiram que ele fosse trabalhar pró lixo e ele não quis, disse que era eletricista (mentiu).*” (sic). Depois terá montado uma empresa de desinfestações com uns amigos e estabeleceu-se. No entanto afirma, “*olhe, não sei o que aconteceu, sei que continuou com as dívidas e a não pagar nada às finanças.*” (sic). O utente chega a contar que o filho, no momento em que abandonou o lar confrontou o pai pedindo que este fizesse partilha de bens, sendo que AV se terá recusado a tal. Continua a falar com o filho e diz dar-lhe dinheiro quando este lhe pede “*E desconfio que me faltam 300€ na conta... Mas se isso for verdade, a mãe também tem culpa no cartório, porque ele não sabia o código do cartão.*” (sic). O filho é que tratará de pagar as despesas do pai relativas à comunidade, por transferência bancária.

Quando confrontado com os objetivos que tinha em relação ao futuro, mostrou-se desorientado, perdido e “*sem rumo*” (sic). Diz gostar muito de trabalhar no campo e entreter-se nos seus “cultivos”, mas até nisso, hoje se mostra desinteressado. Diz que nos dias de hoje lhe fica mais barato comprar um kg de batatas do que o seu próprio cultivo.

Exame do estado Mental

AV é alto e magro. Apesar de apresentar algum desleixo ao nível do vestuário tem cuidados com a higiene. O utente mantém o contato ocular, desviando-o no entanto, quando é abordada a sua experiência no ultramar, dando sinais de inquietude e nervosismo. Além disso, nesses momentos cerra os maxilares e os punhos. A ressonância emocional é de empatia, sendo que o utente tem uma postura de colaboração, maioritariamente adequada. O seu humor ao longo das sessões variava entre o depressivo e o disfórico. O discurso é organizado e coerente, ao nível do pensamento demonstra encadeamento de ideias. Não apresenta

problemas ao nível da atenção, concentração e percepção. Possui orientação autopsíquica e orientação alopsíquica. Demonstra ter moderado juízo crítico e *insight* para o seu problema clínico.

Avaliação Psicométrica

Na avaliação psicométrica de AV foram usados os seguintes instrumentos: para avaliação de sintomas psicopatológicos foi utilizado o SCL-90 R; para confirmação do diagnóstico da Perturbação do Stresse Pós-Traumático foi usado o questionário PCL-C; para a avaliação da personalidade foi utilizado o MMPI – 2.

Nos resultados do SCL-90 R, o Índice de Sintomatologia Positiva foi elevado pelo que o sofrimento psicológico, de sintomas e de stresse são significativos. O Índice de Sintomas Positivos revela intensidade dos sintomas. O total de Sintomas Positivos indica amplitudes e diversidades psicopatológicas. As dimensões clínicas mais elevadas foram a Somatização (T=1.9), Depressão (T=1.3). Tal indicará que AV terá sintomas ligados à depressão, como ao humor disfórico, falta de motivação e vitalidade, bem como mal-estar que se exprime por meio de queixas somáticas.

Relativamente à avaliação do diagnóstico de PTST, os resultados do PCL-C cotaram na escala total 48 pontos; na subescala para avaliar a presença do Critério B segundo o DSM-IV cotou 18 pontos; na subescala para avaliar o critério C cotou 18 pontos, na subescala para avaliar o critério “D” cotou 9. Estes resultados indicam que AV terá sintomas relativos aos três critérios – re-experenciar o acontecimento traumático de forma persistente; sintomas de aumento de ativação indicados por mais de dois itens.

Na avaliação da personalidade do utente, realizada através do MMPI-2, as escalas de validade indicam que o protocolo é válido, uma vez que o utente respondeu a todas as questões (?=0). A pontuação obtida na escala da mentira é moderada (L=56) o que pode indicar que AV poderá ter omitido a negação de faltas sociais. A pontuação da escala de validade e incoerência é moderado (F=65) revelando que AV deseja colaborar, não responde ao acaso e possui contacto com a realidade. Na escala de correção (K=40), verifica-se adequado balanceamento entre a autoproteção e a auto-revelação.

No que se refere às escalas clínicas, as mais elevadas se evidenciaram na Escala Paranóia (T=70), o que poderá indicar que o utente será desconfiado com ideias de referência ou delírios de perseguição. Além disso, revela uma tendência em culpabilizar os outros. As restantes escalas cotaram uma pontuação normal, com exceção da escala Masculinidade e

Feminilidade (T=30), que cotou cotação baixa e que revela conformidade com os estereótipos sociais.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
	309.81	Perturbação Pós-Stress Traumático [F48.1]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Nenhum.
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário
	V61.10	Problema conjugal [Z63.0]
	V61.20	Problema relacional pais – filhos [Z63.8]
Eixo V	AGF = 60	(no momento da admissão)
	AGF = 65	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

Mediante a informação coletada durante as consultas, através da avaliação psicométrica e entrevista, foi possível concluir que o utente preenche critérios os critérios de dependência de substâncias, nomeadamente álcool. O consumo desta substância ocorre em qualquer ocasião no mesmo período de 12 meses. Neste sentido, excluem-se outras perturbações mentais não induzidas por substâncias (DSM-IV-TR, 2002).

Para além da dependência de álcool, foi possível concluir que o utente preenche critérios exigidos pelo DSM-IV-R (2002) para a Perturbação Pós-Stress Traumático. Prevalcem no utente lembranças perturbadoras e traumáticas, referindo ainda ter sonhos recorrentes do sucedido no ultramar conferindo-lhe um mal-estar clinicamente significativo, refletindo-se no seu percurso de vida. Assim sendo, exclui-se, a Perturbação da Adaptação, uma vez que o utente não preencher os critérios desta. Os sintomas apresentados pelo utente poderiam ainda induzir inconscientemente a outras perturbações nomeadamente à perturbação aguda de stresse, no entanto esta distingue-se da Perturbação Pós-Stress Traumático, porque os sintomas apresentados devem ocorrer nas quatro semanas seguintes ao acontecimento traumático e desaparecer no período de quatro semanas. No presente caso, a responsabilidade pela morte do companheiro ocorreu a quando a guerra do ultramar, evento que ainda trás sofrimento ao utente, bem como se recorda de forma frequente e intrusiva de episódios de sofrimento de outras. Neste sentido, a perturbação aguda de stresse é também excluída.

Conceptualização do Caso

A comorbilidade entre outras perturbações e a Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) tem sido alvo de bastantes investigações, havendo no entanto alguns aspetos controversos. Se, por um lado, as outras perturbações se podem desenvolver independentemente da PTSD, estas também podem surgir enquanto *coping* mal adaptativo subsequente à PTSD, constituindo mais um aspeto que interfere com a vida dos indivíduos.

Estudos epidemiológicos mostram que a PTSD se desenvolve na sequência de um trauma, podendo a depressão (53-78%) e o abuso de substâncias (53-84%) surgir a par da PTSD (Resick, 2000). Poderão desenvolver-se para além destas, a ansiedade, perturbações de comportamento, fobias, mania, entre outras. Quanto aos estudos com populações de risco, constatou-se que as perturbações mais frequentemente comórbidas com a PTSD eram o abuso de substâncias (73%), a depressão *major* (26%) e a distímia (21%) (Kulka et al., 1990; cit. Resick, 2000).

A comorbilidade com perturbações de personalidade tem sido estudada, e parece não ser rara. Neste âmbito, Herman (1992; cit. Resick, 2000) sugere que em vez de se considerar que os sobreviventes de acontecimentos traumáticos têm este tipo de perturbação, comórbida com a PTSD, se considere que apresentam uma forma mais complexa de PTSD. Esta perturbação mais complexa afeta significativamente a regulação do afeto, comportamentos autodestrutivos e impulsivos, sintomas dissociativos, queixas somáticas, sentimentos de ineficácia, vergonha, desesperança, sentimentos de vitimização constante, perda de crenças, hostilidade, isolamento social, sensações de ameaça constante, dificuldades no relacionamento com os outros e, mudança das anteriores características de personalidade (APA, 1994). Ainda que em algum momento da vida os indivíduos possam apresentar e desenvolver sintomas de perturbação e eventualmente preencher os critérios necessários para que o diagnóstico de PTSD seja efetuado, vários são os aspetos que podem influenciar a evolução dos sintomas e da perturbação.

A investigação mostra que os sintomas podem remitir na totalidade ou parcialmente, com ou sem apoio terapêutico, ao fim de algum tempo. Por exemplo, na investigação conduzida por Blanchard e Hickling (1997), verificou-se que 20 anos após a exposição a situações de guerra a PTSD havia remitido em 50%.

No entanto outros indivíduos que apenas apresentam alguns sintomas de perturbação, considerado como PTSD parcial, podem mais tarde, após ter decorrido algum tempo desde a exposição, apresentar perturbações que interfiram significativamente com o seu dia-a-dia. Por

exemplo, estudos revistos por Blanchard e Hickling (1997) mostram que a evolução pode ser no sentido da remissão.

Apesar de se poder assistir a um agravamento da sintomatologia de PTSD, a remissão total ou parcial dos sintomas é mais provável independentemente do tipo de acontecimento traumático a que se esteve exposto.

No caso de AV, a PTSD é nítida, quer pela natureza extrema do fator de *stress* (o fato de ter presenciado a morte de um companheiro de guerra), quer pelo característico padrão de sintomas de AV (recordações recorrentes e intrusivas presenciadas pela morte do companheiro e do seu incógnito erro; sonhos perturbadores recorrentes sobre a guerra e dificuldade em adormecer; uma resposta exagerada e súbita e reações físicas imediatas e aflitivas, quando AV enquanto dormia se levantou da cama para ir esganar um colega de quarto; das dificuldades em participar nas atividades diárias do grupo; da sensação de estar desligado e de cansaço emocional, quando AV se recusava nas tarefas de limpeza da comunidade e o sentimento de que a vida não merece ser vivida) dados que corroboram com os autores Frances e Ross (2004), no que se refere a este tipo de perturbação.

Todos estes sintomas de perturbação causam em AV um mal-estar e défice clinicamente significativos.

Plano de Intervenção

AV abandonou o tratamento, não tendo sido possível terminar a intervenção na sua totalidade. Apesar disso, aplicou-se inicialmente uma abordagem psicoeducacional que incluiu informação ao doente sobre a possibilidade de ter sintomas precoces de seguida a um fator de *stress* extremo. Foi explicado ao utente que a ocorrência de pensamentos intrusivos e de pesadelos, reações de surpresa e respostas fisiológicas a estímulos desencadeadores, se tornam menos aterrorizantes se AV compreender antecipadamente que se trata de reações previsíveis e provavelmente de curta duração. Visto tratar-se de um utente com diagnóstico de PTSD, a prevenção é mais fácil de obter do que a cura, neste sentido, associou-se a psicoeducação continuada explorando as cognições, comportamentos de exposição e a mediação. Ao longo da intervenção foi importante ir alimentando as expectativas de que AV iria recuperar.

De acordo com Frances e Ross (2004), tem-se verificado que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz no tratamento deste tipo de perturbação, neste sentido foi utilizada a terapia cognitivo-comportamental, auxiliando AV a recuperar o controlo da sua vida. Para a concretização dos objetivos foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas:

dessensibilização sistemática, a exposição *in vivo*, técnicas de imersão e implosão e a exposição prolongada. Técnicas que segundo Labrador, Crego e Rubio (2003), implicam geralmente os seguintes elementos básicos: exposição repetida da informação relativa ao trauma e modificação de crenças ou dos pensamentos desadaptativos sobre as condutas ou sintomas.

Embora AV tenha abandonado o tratamento, participou ainda em algumas sessões de intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária.

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em AV, apesar de ter abandonado a CT, em Abril de 2014, por conflitos entre utentes e terapeutas.

Caso Clínico “F.”

- Anexo - XIII

Descrição aprofundada do caso clínico “F.”

Caso Clínico F.

“Comecei a beber e bebo desde os 10 anos. Era normal naquela época beber.” (sic).

Identificação

F. é um utente do sexo masculino, tem 52 anos e é natural de Vieira do Minho. Construtor civil de profissão encontra-se desempregado desde 2013, quando deu entrada na CT. É divorciado, tem dois filhos e mora com a ex-mulher. Deu entrada na comunidade em Outubro de 2013 por histórico de abuso de álcool, tendo finalizado com sucesso o tratamento em Abril de 2014.

Motivo da Consulta/Problema

F. deu entrada na comunidade em Outubro de 2013, por vontade própria, por aconselhamento familiar e por ter sido apreendida a carta de condução por variadas vezes, por se encontrar e ser apanhado pela GNR com condução com excesso de álcool. Encontra-se internado na CT devido ao seu problema de abuso de álcool. Revela suspeitas sem bases suficientes acerca da lealdade ou confiança de amigos e um medo injustificado de que a informação possa maliciosamente usada contra si.

História do Problema

F. começou a beber com cerca de 10 anos de idade, referindo que naquela época seria normal. Lembra-se que na altura, só havia lojas à volta de casa, só quando começou a ir para os cafés é que começou a beber outro tipo de bebidas *“Ia-se á adega onde estão as vasilhas e colhia-se lá o vinho e a aguardente. E bebíamos sempre todos às refeições.” (sic).*

Com 35 anos foi fazer a primeira desintoxicação em Braga, permanecendo cerca de 15 dias sem beber, *“Fui fazer uma desintoxicação aqui em Braga, tive lá uns quinze dias e deixei de beber, mas depois voltei e voltava sempre ao mesmo. Deixava durante uns meses por mim próprio, mas depois lá voltava outra vez. Dava-me mais reação para as coisas. Só que depois mais tarde, sabia que me ia sentir mal. Mas na altura em que bebia sentia-me bem e fazia-me bem, principalmente para o meu trabalho.” (sic).*

Diz ter 24 anos quando o pai faleceu. Viveu com os pais e com as três irmãs até aos 20 anos. Ambos mantinham uma boa relação. Os pais eram agricultores e por isso F. começou a

trabalhar desde muito cedo, com cerca de seis anos de idade. Refere andar na escola, mas mal a escola terminava, ia trabalhar na agricultura, com o gado e no campo. Diz que lá em casa todos ajudavam, *“Mas só enquanto éramos mais pequenos, depois isso acabou. Trabalhávamos todos juntos no campo. Uns ajudavam numas coisas, outros noutras.”* (sic). Diz ter sido sempre um bom aluno, apesar de levar *“umas reguadas”* por mau comportamento *“Uma altura fiquei lá na escola, depois das aulas acabarem. A professora apercebeu-se e como era minha vizinha, foi ter comigo nessa altura e levei uma reguada. Gostava de ficar lá na brincadeira no final das aulas com os meus amigos, embora soubesse que isso não era permitido.”* (sic).

Diz dar-se melhor com a irmã mais velha, *“Sinto que com ela, há mesmo um sentimento de amor um com o outro. A maneira dela ser, é uma pessoa que faz tudo pelos outros. E identifico-me mais com ela.”* (sic).

Frequentou a escola até aos 13 anos, tendo concluído a 6ª classe. Refere que na altura, não quis estudar mais, por não gostar e ser preguiçoso, continuando a trabalhar e a ajudar na casa dos pais, *“Fazia umas escadas e uns trabalhos manuais. Fazia em casa e depois vendia tudo para fora, era feito por encomendas. Foi aí que comecei a ganhar algum dinheiro.”* (sic). O pai de F. era carpinteiro de profissão, *“tinha as ferramentas dele e era com elas que eu trabalhava.”* (sic), dedicando-se inteiramente à agricultura, após a reforma. Em relação à mãe, sempre trabalhou na agricultura, não tendo por isso, qualquer tipo de salário. A irmã mais nova nunca trabalhou, tendo-se casado e emigrado para Espanha, vivendo sempre *“às custas do marido”*. (sic). Desde a morte do seu pai, que regressou a Portugal, tendo ido viver com a mãe de F., *“Só o marido é que trabalha e faz qualquer coisa por ela.”* (sic). No que respeita às outras duas irmãs, trabalharam até se casarem, a partir daí nunca mais trabalharam.

F. começou a trabalhar, para além de casa, aos 15 anos de idade, numa empresa de construção civil, como carpinteiro, ao que refere ter tido um acidente de mota, tendo ido para o hospital cerca de dois meses. Tiveram que lhe tirar um rim. No acidente, F. bateu numa árvore de lado, perfurando-lhe um rim. Passado uns meses, continuou a trabalhar na área da construção civil, ao que refere ter sido sempre a sua área, até aos 19 anos de idade. Como se encontrava a trabalhar em Chaves, ficando por isso longe de casa, em pouco tempo, voltou para mais perto de casa. Aos 25 anos, já F. era casado, quando teve uma experiência de trabalho na Suíça, durante dois anos. Diz ter ido com o incentivo e pressão da família, mas como tinha dois filhos ainda pequenos, na altura decidiu voltar.

Diz ter conhecido a mulher em Cabeceiras, *“Namorei pouco tempo, depois casei logo aos 20 anos de idade. Tive dois filhos. Atualmente, o meu filho tem 29 anos e a minha filha*

tem 32.” (sic). A filha encontra-se a viver no Porto, é professora de matemática, estando a trabalhar com a sogra de F.. O filho não quis estudar, *“foi obrigado por mim a fazer o 12º ano, depois disse que queria ganhar dinheiro, chegou a trabalhar comigo, mas éramos diferentes nas atitudes e ele depois emigrou, para a Suíça e emigrou na altura em que me fazia mais falta.”* (sic). F. revela que nessa altura, ficou sem carta de condução pela primeira vez, *“se ele estivesse cá, tinha-me ajudado e tinha sido tudo muito mais fácil para mim. Ficou lá e nem está com ideias de voltar.”* (sic). Apesar de ter constituído cá família, levou a mulher junto dele e emigraram, à procura de uma vida e um futuro melhor. F. refere que mantém sempre que pode, contacto com o filho. Há cerca de três anos que está divorciado da mulher, apesar de viverem na mesma, juntos. Diz ter conduzido muito tempo sem carta de condução e lembra-se de beber sempre muito enquanto conduzia. A ex-mulher tinha muito medo que F. viesse a ter algum problema grave, *“e ela quis assegurar uma parte do dinheiro, assim se tivesse algum problema, só iam mexer na minha parte do dinheiro e a parte dela ficava assegurada. Foi ela que quis o divórcio. Reagi bem a isso. Não pus obstáculo nenhum. Às vezes dava-me na cabeça e desaparecia.”* (sic). Como tinha sempre muito trabalho, *“bebia muito e punha-me a imaginar e a magicar coisas. A minha vida sempre foi de lidar com muitas pessoas, muito conhecimento, movimento.”* (sic). Confessa que nessa altura conhecia muitas mulheres e muitas *“meninas, meninas mais novas...”* (sic). Eram muitas as pessoas que tentavam abrir os olhos da ex-mulher e muitos os que diziam para ela ter cuidado. Entretanto, quando já se tinha separado, conheceu uma mulher que tem uma filha psicóloga, tendo sido elas que o aconselharam a vir para a comunidade. F. confessa que sempre foi de se envolver com muitas mulheres, maioritariamente, mulheres mais novas. Diz ter sido a própria filha que o trouxe até à comunidade e que, *“Foi a minha ex-mulher que me disse que estava á minha espera, que sentia muito a minha falta, que os filhos já não estavam em casa e que era bom para ambos ficarmos os dois juntos, mas que para isso, antes tinha que me tratar.”* (sic). Refere ter desde sempre boas casas, carros bons, *“e elas deixavam-se cair nisso. Deslocava-me muitas vezes e até acabei por fazer km para ir ter com mulheres. Já desde novo que elas iam para minha casa e as levava para o meu quarto. Muitas vezes os meus pais perguntavam-me onde é que eu dormia, e eu mentia-lhes. Conhecia-as em diversos sítios, algumas eram vizinhas. Aos domingos nos bailaricos, juntávamo-nos todos. Era uma das minhas ocupações, eram as mulheres. Na opinião do meu filho, sempre achou que devia ter contado a verdade à minha filha, sobretudo à minha ex-mulher.”* (sic).

F. revela ter feito uma desintoxicação, tendo estado dois anos sem beber, *“nessa altura troquei o álcool pelo tabaco, continuei sempre a trabalhar, depois deixei de fumar por completo, porque andava a fumar muito e comecei novamente a beber.”* (sic).

Recorda mais uma situação em que lhe apreenderam a carta de condução, durante uma operação stop, *“estava lá a GNR e parei em frente de um café. Alguém me viu e disse á GNR “está ali atrás um fulano que já deve estar com os copos” e veio o GNR em direção a mim e ficaram-me com a carta presa durante um ano.”* (sic). Afirma por isso, ter trocado várias vezes de carro para não ser apanhado, nem identificarem a matrícula. Desta vez, faltavam-lhe cerca de duas semanas para ter a carta de novo, quando teve um acidente, com um homem que conduzia uma mota. Foi apanhado novamente com excesso de álcool no sangue, tendo ficado novamente com a carta apreendida, durante um ano e meio, *“Entretanto continuei sem carta mas a conduzir sempre na mesma. Até que uma altura ia eu de mota para a fábrica sem capacete, cruzei-me com a GNR. Seguiram-me até ao meu trabalho, vieram ter comigo, entraram por um portão e eu saí pelo outro. Depois andaram-me a vigiar lá dentro do trabalho. Dessa vez passou. Andavam sempre atrás de mim, porque já me conheciam.”* (sic).

Passado um tempo um colega de F. arranhou-lhe um advogado, *“depois quando fui chamado, disseram-me que a minha carta já tinha sido apreendida mais de dez vezes. Depois perto de acabar os dez meses, volto a ser apanhado. Já vinham à 11 km atrás de mim. Fui apanhado e fiquei mais dois anos sem carta.”* (sic). Foi aí que as coisas começaram a complicarem-se cada vez mais, *“eu já estava com muitos problemas. Arranhei maneira de não ir ao juiz, com um atestado médico, depois tiraram-me a carta durante mais dois anos. E o juiz disse-me “não apareça aqui mais com este problema”.* (sic). F. teve que fechar a empresa que tinha em sua posse na altura, *“Até que comecei a arranjar emprego sempre perto de casa. Aí comecei a deixar de ir para Cabeceiras, não tinha grandes condições. O divórcio foi por esses acontecimentos todos. A separação foi porque me fui desviando.”* (sic).

Revela que agora pouco lhe importam as mulheres e que, *“A tal mulher e a filha incentivaram-me a vir para aqui, porque entretanto passa o tempo da apreensão da carta e faço o meu tratamento. Ultimamente já estava a beber muito pouco. Mas sentia que nada me fazia mal, nem o stresse do dia-a-dia, e chegava tão tarde a casa, que me esquecia que tinha aquele álcool todo dentro de mim. Fui-me habituando a beber, a ligação aos outros desde muito novo, levou-me a beber sempre cada vez mais. Amigos, empregados, fornecedores, tudo isso era uma sociedade, fazia-me sentir com mais força para o meu trabalho e ter mais velocidade de andar naquilo que eu gostava de fazer, de ser eu a decidir as coisas, a trabalhar e a mandar, a fazer coisas bonitas, boas e diferentes. A desenvolver a vida menos*

correta, a fugir aos impostos, a saber como lidar com as coisas, “comprar pessoas” para certas situações. Se não ganhava menos e tinha que pagar os impostos.” (sic).

O utente revela que muitas vezes suspeitou sem bases suficientes acerca da lealdade ou confiança de amigos, *“sempre tive de pé atrás em relação às minhas amizades, e confiança... essa então nunca a tive.” (sic).* Ao longo da anamnese refere que, *“sempre tive medo de que aquilo que me tinham pra dizer era algo de mau para mim e para o meu trabalho... e que me podiam dar cabo da vida.” (sic),* ou seja, um medo injustificado de que a informação possa maliciosamente usada contra si.

História Clínica

F. teve um acidente de mota aos 16 anos e em consequência, teve que extrair o rim. Tem colesterol no sangue, acompanhado com tensão alta. Neste momento encontra-se a tomar medicação para o colesterol e para a tensão.

História Biopsicossocial

F. é o segundo filho numa fratria de três irmãos (três raparigas).

Descreve a mãe, como sendo uma pessoa que ama muito. Diz ter sido sempre uma boa mãe. Apesar das posses serem poucas, F. refere que ainda hoje dá alguma coisa aos filhos nas festas de aniversário. Nunca lhe bateu, foi sempre e sempre soube ser uma boa mãe, *“Há mães que não sabem o que é ser mãe, mas a minha até á idade que tem, Graças a Deus sempre o soube ser.” (sic).* Diz ter-se agarrado desde muito cedo à mãe, *“Sempre me agarrei imenso a ela. Sempre me fez tudo, não só a mim mas também às minhas irmãs. Não tenho a dizer nada de mal dela, pelo contrário, tenho a dizer só o bem dela.” (sic)* Atualmente diz que, *“só me chateia um bocado, porque deixei lá terrenos sem fabricar. Que não são cultivados, que me pertencem e eu estou-lhe sempre a dizer que tem que trabalhar neles, que aquilo não pode ficar abandonado.” (sic).*

Relativamente ao pai, diz ter uma relação muito boa, diz ter-lhe chamado algumas vezes a atenção, quando fazia algo de errado, mas sempre lhe deu grandes e bons exemplos, *“Se eu ficasse a dormir mais um bocado, vinha outra vez chamar-me para pôr a pé, para ir para o campo trabalhar.” (sic).* Diz ter sido também sempre boa pessoa, recorda tê-lo ajudado muito a construir a sua primeira casa. Adorava os filhos e entretanto acabou por falecer quando F. tinha 25 anos de idade, *“Morreu no hospital, vomitou uma coisa negra, antes de morrer. Morreu na ambulância. Vomitou alguma coisa do fígado possivelmente. Ele bebia mas não se embebedava.” (sic).*

No que respeita ao relacionamento entre os pais, sempre tiveram um bom relacionamento.

Relativamente à sua ex-mulher, é Funcionária Pública, auxiliar de ação médica. F. diz ter sido sempre uma pessoa muito autoritária, pelo que passava muitos momentos sozinho. Refere muitas das vezes fazer as coisas sem o seu conhecimento ou consentimento, *“quando fiz uma piscina. Fiz sem o parecer dela, o que causou algumas zangas.”* (sic).

No que toca aos filhos, F. tem uma filha com 32 anos e um filho com 29 anos. Diz ter um bom relacionamento com os dois, mas melhor com a filha, *“A minha filha entregou-se mais a mim e fez com que ficasse mais dentro dela”*. (sic). Em relação ao filho, revela que, *“Embora recorde alguns momentos bons. Aos 9 anos de idade punha-o a conduzir, tinha muitos carros parados e quando me apercebi já ele sabia conduzir. Com três anos dei-lhe uma moto. De carro desenrascou-se sozinho. Já a minha filha foi muito mais tarde, tive que a ensinar.”* (sic).

Relativamente ao seu percurso escolar, F. diz *“A escola para mim era uma brincadeira. Era um tempo livre. Aprendia rápido de mais, em relação aos outros, gostava de estar com uma miudinha ou outra, de resto não me lembro de mais nada.”* (sic). Diz ter sempre muito medo *“das reguadas”* (sic) e alguma timidez. Diz que naquele tempo não se podia brincar muito, era tudo muito limitado e as coisas resolviam-se todas *“à reguada”* (sic), por isso limitava-se a comportar-se o melhor possível.

No que respeita à vida profissional, F. é construtor civil, vende móveis e granitos. Tudo que sempre fez e se dedicou, faz parte da construção, *“Gostei sempre, sonhava até com isso quando era novo e foi a isso que me dediquei logo. Gostava de ser diferente e fazer coisas diferentes dos outros. De imaginar coisas novas. Já resolvi muitos problemas de engenheiros e arquitetos. A primeira casa que fiz para mim foi aos 20 anos. Já naquela altura fazia as coisas e resolvi-as sem a ajuda de ninguém. Não tive nenhum desenhador, fui eu que imaginei, desenhei, criei e construí a minha própria casa. Alterei tantos mas tantos projetos de arquitetos e engenheiros na altura...”* (sic).

F. revela ter tido sempre muito orgulho e gosto no que fazia, sempre viveu com muito dinheiro, *“mas também sempre trabalhei muito para isso.”* (sic).

Quando ficou sem a carta de condução desta última vez, foi forçado a fechar a empresa, por não poder assegurar tanta responsabilidade, mas diz ter continuado a trabalhar com os funcionários e a pagar-lhes *“às horas”*.

Exame do estado Mental

F. é de estatura normal e peso normal. Apresenta boa aparência ao nível do vestuário e tem bastantes cuidados com a higiene. O utente mantém o contacto ocular, desviando-o no entanto, quando é abordado o seu passado de historial de álcool, mas não dando sinais de inquietude e nervosismo. A ressonância emocional é de empatia, sendo que o utente tem uma postura de colaboração, maioritariamente adequada. O seu humor ao longo das sessões era estável. O discurso é rico, ao nível do pensamento demonstra encadeamento de ideias. Não apresenta qualquer tipo de problemas ao nível da atenção, concentração e percepção. Possui orientação autopsíquica e orientação alopsíquica. Demonstra ter moderado juízo crítico e insight para o seu problema clínico.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Foram utilizados o BSI para a avaliação de sintomas psicopatológicos, as Matrizes Progressivas de *Raven* – versão SPM na avaliação cognitiva e o MMPI-2 na avaliação da personalidade do utente.

Através das cotações obtidas no BSI verifica-se por meio do ISP que F. possui valores similares ao da população em geral (ISP=1.5), não sofrendo de instabilidade mental e emocional acentuada. Assim sendo, apenas duas dimensões clínicas cotam valores elevados: Depressão (T=2.3) e Sensibilidade Interpessoal (T=2.7). Tal poderá significar que o utente terá sintomas de humor disfórico ou depressivo, com falta de energia vital, de motivação e de vontade de viver. O utente também poderá ter sentimentos de inadequação e inferioridade em especial quando se compara a outras pessoas. Da mesma forma, é propenso à autodepreciação, hesitação ou timidez.

Na avaliação cognitiva realizada por meio das Matrizes Progressivas de *Raven* – SPM, F. cotou um QI de 130, situado no grau I, que corresponde a uma inteligência brilhante. O que significará que o utente possuirá uma inteligência geral muito acima da população em geral com a sua idade e grau de escolaridade, em especial: na inteligência percetiva, na inteligência não-verbal, no comportamento explorativo, na capacidade de observação, na capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, na competência na dedução e na observação de relações acerca de uma estrutura completa.

Na avaliação da personalidade, realizada através do MMPI-2, as escalas de validade indicam que o protocolo é válido (?=0). A pontuação obtida na escala da mentira (L=47) indica que F. não terá dado uma imagem favorável de si, mas escala de validade/ incoerência, com uma pontuação moderada (F=63) indicando que F. tentou evitar dar respostas de conteúdo socialmente desadequado, ou terá respondido algumas questões ao acaso.

As pontuações mais elevadas verificaram-se na Paranóia (T=75) e na Sensibilidade Interpessoal (T=66). A escala da Depressão (T=60) e a escala masculinidade/feminilidade (T=56) deram valores moderados.

Assim sendo, F. terá uma personalidade paranóide com tendência à desconfiança, ideias de perseguição, em que procurará culpar os outros pelos seus comportamentos. Será impulsivo e hostil, com dificuldade em sentir bem-estar na interação com os outros, sendo assim propenso ao isolamento. Poderá ser moderadamente introvertido com sentimentos de inadequação, autodepreciassão e intrapunitividade. Da mesma forma, será pessimista, depressivo e inibido, podendo procurar dar uma fachada de bem-estar. Poderá ser uma pessoa conformista, submissa com interesses reduzidos pela realidade.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Esteatose Hepática, Colesterol
	401.9*	Hipertensão essencial
Eixo IV	V61.10	Problema conjugal [Z63.0]
		Problemas de grupo com o sistema legal/crime (apreensão da carta de condução)
		Obrigatoriedade de Tratamento
Eixo V	AGF = 60	(no momento da admissão)
	AGF = 65	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

Considerou-se que o quadro atual de F. é melhor explicado pela presença de uma Perturbação Relacionada com Substâncias. Assim, a Dependência de álcool com dependência fisiológica, verifica-se através da coleta de dados da história clínica e biopsicossocial do utente. Deste modo, excluem-se outras perturbações mentais não induzidas por substâncias, apesar das Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, tal como refere no DSM-IV-TR, (2002), o utente não preenche critérios destas perturbações.

Para além desta perturbação, o utente apresenta sintomas que nos leva indevidamente a inferir outra perturbação, sendo esta a Perturbação Paranóide da Personalidade. No entanto,

esta hipótese foi excluída, dado o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (2002), referir não poder ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias, o que acontece no presente caso. Também foi excluída a Alteração de Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral, por não preencher critérios para tal.

É de salientar que os sintomas provocados pelo consumo abusivo de substâncias parecem resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranóide da Personalidade (Frances & Ross, 2004).

Conceptualização do Caso

A problemática de F., como pode ser deduzida da sua história de vida, é de grande alguma instabilidade. Começamos com o problema de F., ter começado a consumir álcool à mesa com os pais desde muito cedo, por se tratar “normal naquela época”. Neste sentido, Bandura (1977), explica este comportamento através do modelo de aprendizagem por observação/ modelagem. Este refere que também se aprende através da observação dos comportamentos de pessoas significativas (Ogden, 2004). A modelagem está fortemente implicada no desenvolvimento dos comportamentos aditivos (Rahoui & Reynaud, 2008), como se constatou no utente.

O facto de F. ter ficado com a carta de condução apreendida por variadas vezes, também agravou a situação e o estado de F. Ainda nesta linha de pensamento Schuckit (1998), distingue alguns dos fatores que contribuíram para o consumo excessivo de álcool, entre eles: fatores sociais dependentes do meio; a procura de um efeito estimulante ou do efeito inicial do produto e a procura de um efeito antidepressivo ou do evitamento das dificuldades psicológicas, indo ao encontro dos fatores que levaram F. a consumir. Os fatores cognitivos como a auto-imagem, o comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de *coping* e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição de dependência de F. (Ogden, 2004; Rahoui & Reynaud, 2008).

Um outro problema refere-se essencialmente a uma recaída emocional (Rahoui & Reynaud, 2008). Como se pode verificar na história biopsicossocial, a relação conflituosa do utente com a sua mulher é uma das principais causas desta recaída, não sabendo o utente como lidar com a realidade (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Plano de Intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahiouiu & Reynaud, 2008), uma vez que estas terapias colocam a tónica no esforço e na eficácia pessoal, o terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são claramente definidos, tal como os meus utilizados para os avaliar, sendo que a avaliação regular dos progressos permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia (Rogers, 2005).

A intervenção psicoterapêutica para F. focou-se, primeiramente, na diminuição da ansiedade que este apresenta, ensinando-se técnicas de relaxamento (Filhos & Ferreira – Borges, 2009). As técnicas de relaxamento ajudam o utente a controlar sintomas fisiológicos antes ou durante os acontecimentos, técnica entretanto aplicada pela psicóloga-estagiária na Intervenção em Grupo.

Foram ainda delineadas para esta intervenção, estratégias entretanto implementadas na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária, como o treino de habilidades sociais, treino do autocontrolo e de assertividade, treino de relaxamento, gestão de stresse e da ansiedade; identificação de situações de alto risco e reestruturação cognitiva (Rangé & Marlatt, 2008).

Por último, foi importante abordar estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007), uma vez que se encontra institucionalizado e prepara-se para encontrar vários obstáculos e ansiedades e para que possa ultrapassá-los da melhor forma. Neste sentido, empregou-se uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao mundo real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em F., que concluiu o tratamento em Maio de 2014, tendo diretamente regressado ao seu meio familiar.

ANEXO XIV

Caso Clínico “PN”

- Anexo - XIV

Descrição aprofundada do caso clínico “PN”

Caso Clínico PN

“Sempre tive álcool em casa, o meu pai era alcoólico. Comecei a beber em casa e sozinho. Depois é que comecei a consumir com os meus amigos.” (sic)

Identificação

PN é um utente do sexo masculino, tem 47 anos e é natural do Porto. Construtor civil de profissão encontra-se desempregado desde 2010. É divorciado e mora sozinho. Deu entrada na comunidade em Novembro de 2013 por histórico de abuso de álcool. Em Março de 2014, abandonou o tratamento por se ter envolvido com uma rapariga dentro da comunidade, o que o levou a ficar de “reflexão” e a ter que fazer um pedido de desculpas à comunidade, situação por si rejeitada, abandonando por vontade própria o tratamento.

Motivo da Consulta/Problema

PN deu entrada na comunidade em Novembro de 2013, sendo transferido diretamente de uma unidade hospitalar em Matosinhos, após várias tentativas de tratamento, sem sucesso. Encontra-se internado na Comunidade Terapêutica devido ao seu problema de abuso de álcool. Apresenta relutância em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação possa maliciosamente ser usada contra si e suspeita sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganem. PN demonstra uma interação com os outros, caracterizada por sedução sexual inapropriada, bem como comportamentos provocadores, revelando também um desconforto em situações em que não é o centro das atenções.

História do Problema

PN começou a consumir álcool, calmantes e Haxixe com cerca de 12 anos. Admite misturar muito os calmantes com o álcool e o Haxixe. Diz ter bastantes amigos que se encontravam medicados com anti-depressivos e calmantes e pedia-lhes, o mesmo sucedia com a sua mãe, que desde que se lembra, também sempre esteve medicada com calmantes e roubava-lhe. Admite ter tido sempre álcool em casa, o que lhe permitia um fácil acesso, *“Sempre tive álcool em casa, o meu pai era alcoólico. Comecei a beber em casa e sozinho. Depois é que comecei a consumir com os meus amigos.” (sic)*. Aos 18 anos começou por

curiosidade a consumir heroína. Sempre pensou ter a situação controlada e que quando quisesse sair dela, o faria com facilidade. Recorda uma situação em que estava com uma colega no rio, iam fazer um ensaio de música e teve que dar um “*chuto de água com sal*” (sic). Diz terem começado a beber e posteriormente consumiram cocaína. Admite já não consumir há algum tempo. Enquanto ela fumava a cocaína, o PN injetava-se na casa de banho, evitando sempre fazê-lo em público, “*Dava um chuto e ia para a sala, até que fomos ensaiar e eu para ficar calmo dei um chuto de heroína, que a heroína acalma, e fiquei esticado na banheira.*” (sic). Diz que a sua colega sabia que dar um chuto de água com sal despertava alguém com uma *overdose* e nesse dia, isso salvou-lhe a vida. Uma outra vez, teve uma *overdose*, tendo acabado no hospital. Admite misturar por várias vezes cocaína com heroína. Recorda uma outra situação durante a noite em que estava a chutar com um amigo e que já estava quase morto, o amigo chamou o *INEM* e abandonou-o. Diz muitas vezes pedir dinheiro emprestado, fazer assaltos e de roubar em casa objetos de valor para comprar droga, “*Andava com um colega meu de carro a roubar. Pedia muito dinheiro emprestado, perdi a conta da quantidade de dinheiro que cheguei a pedir. Tinha uma amiga que me chegou a sustentar o vício ainda durante muito tempo.*” (sic). Diz ser desesperante querer e não ter o que consumir. Diz ter passado noites em claro a ressacar. Nessas alturas, “*Chegava ao médico e pedia-lhe medicação para a ressaca.*” (sic). Recorda a primeira vez que ressacou, quando foi ver um concerto de Rolling Stones, ao estádio de Alvalade, “*comecei a sentir suores frios, dores no corpo todo, tremuras e virei-me pró meu colega, hoje meu acompanhante aqui na comunidade e disse-lhe que devia ser da ressaca.*” (sic). Comprou uma garrafa de *whisky* e bebeu-a toda de uma só vez, passando-lhe de imediato a ressaca. Mais tarde, quando decidiu ir para França trabalhar, diz ter ressacado a frio. Passou três meses sem dormir. Ficou alojado na casa de um amigo muito conhecido por ser traficante de droga, “*Fui para lá para tentar deixar a droga e ele avisou “não sei se trazes medicação, eu ressaquei a frio, não consumo á num sei quantos anos, se quiseres ressacar a frio, vais ter que ter muita força de vontade e vai-te custar muito... aviso-te já.*” (sic). O amigo trabalhava em Bordéus e andavam a preparar as vinhas. Diz que só de olhar para as vinhas, se sentia cansado “*Começávamos a trabalhar muito cedo e chegava á noite e nem sabia se as dores eram do trabalho ou da ressaca. Passava os dias inteiros sempre cheios de frio, era desesperante.*” (sic). Quando chegava a casa, não conseguia dormir tais eram os espasmos “*Tive quase um mês inteiro sem dormir e a sentir aquele mal-estar todo, mesmo passado um mês. Não me conseguia sentir bem em lado nenhum. Nunca pensei que seria possível passar o que passei.*” (sic). Passado um tempo, voltou para Portugal. Diz que a minha mãe ficou toda contente quando o viu

chegar, “*nunca mais me vou esquecer da cara dela nesse dia.*” (sic). Diz ter estado em Roma em trabalho cerca de um mês e meio como ajudante eletricitista numa estação de comboios, “*Cheguei a Roma e só levava o número de telefone do trabalho e o bilhete de ida. Um segurança viu-me e eu mostrei-lhe o número, e ele virou-se para mim “mostre-me as suas mãos” e eu a tremer. E ele disse “isso é da droga”. E mandou-me para a sala de espera. A primeira coisa que fiz foi beber.*” (sic). Diz que em Roma, o seu patrão também era alcoólico, bem como a maioria dos seus colegas. “*Havia o ritual de beber becas romanas para aquecer. Havia um balcão onde tomávamos café e onde paravam os italianos todos, e o ao pequeno-almoço comíamos e bebíamos sempre uma beca romana e um pastel. Bebia sempre praí 5 becas antes de ir trabalhar. Mal acabava o trabalho íamos logo todos para esse café.*” (sic). Trabalhavam nos corredores da estação, “*apertávamos um parafuso, e íamos beber, voltávamos a apertar um parafuso e íamos beber de novo, era sempre assim o dia todo.*” (sic). Passado cerca de um mês e meio voltou para Portugal, por já não aguentar as saudades.

História Clínica

Aos 18 anos, PN teve Hepatite B. Diz sentir-se muito abatido, mal conseguia ou tinha forças para andar, até que decidiu ir ao médico. Após realizar uma série de exames, foi-lhe diagnosticada Hepatite B, sendo curada posteriormente. Por volta dos 30 anos teve tuberculose. “*Sentia-me mal dos pulmões, mal conseguia respirar.*” (sic). Fez um raio x e acusou, “*Houve um ano que tive que ir lá ao hospital todos os dias e curei.*” (sic). Diz ter feito uma intervenção cirúrgica aos pulmões por volta dos 40 anos, “*tive duas vezes ar nos pulmões e outra vez liquido nos pulmões. Quase que morria na maca, espetaram-me uma agulha a sangue frio. Deram-me praí dez chutos de morfina. Estava a ver que ia morrer.*” (sic). O utente está quase cego de um olho, “*Andei á porrada e levei um soco nos olhos. Tive uma discussão com um gajo, por causa de namoros. Houve um dia que me levantei de manhã e não estava a ver bem.*” (sic). Nessa altura, diz ter ido ao hospital e receitaram-lhe umas gotas e começou a sentir-se melhor, mas desde aí que vê muito mal, “*Via tudo esbranquiçado. Marcaram-me uma operação e eu faltei, adiaram-ma e quando fui operado, o médico disse-me que como não tinha seguido á risca o tratamento, não tinha muitas possibilidades de voltar a ver, mas operou-me.*” (sic). Diz que daqui a algum tempo vai ser operado, mas sem esperanças de voltar a ver completamente daquele olho, “*Agora é mais a aflição que tenho no olho. Porque o direito acaba por me compensar. Mas tenho que retirar as cataratas para ver se esta impressão desaparece. De manhã principalmente, tenho a sensação de ter areia no olho.*” (sic). O utente admite ter Hepatite Viral C, diz ter a sensação de andar sempre cansado.

Tem um irmão que foi por duas vezes vítima de Acidente Vascular Cerebral. O pai faleceu com cancro na laringe.

PN mostra relutância em confiar nos outros *“sempre tive muitos amigos, alguns abandonarm-me pelo caminho é verdade, mas sinto um medo enorme que eles se apoderem de mim e usem coisas contra mim e em relação à minha pessoa, não lhe sei dizer como nem porquê, mas sei que me enganam.”* (sic). por medo injustificado de que a informação possa maliciosamente ser usada contra si e suspeita sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganem.

História Biopsicossocial

PN é o filho numa fratria de cinco irmãos (três rapazes e duas raparigas). Diz lembrar-se muito pouco da relação que tinha com os pais. As irmãs eram mais velhas do que ele e tratavam-no como se fosse filho delas, mas entretanto acabaram por sair de casa muito cedo. Recorda-se que gostava muito de sair com a mãe, *“ela ria-se muito comigo e gostava de ficar em casa com ela ao domingo à tarde.”* (sic).

Em relação ao pai, recorda que *“gostava muito de andar comigo, as pessoas achavam que eu era neto dele. Quando nasci ele já tinha perto de 50 anos.”* (sic). Recorda com saudade os momentos passados com o seu pai, *“Ele tinha um calhambeque antigo e íamos passear e comíamos daquelas bolachas de baunilha. Eu adorava. Foi o meu pai que me ensinou a conduzir o calhambeque dele e ainda eu nem chegava com os pés aos pedais.”* (sic). O pai de PN trabalhava no tribunal e quando estava de férias, levava-o com ele para o tribunal e ajudava-o nas notificações pessoais, *“ele brincava muito comigo e não tinha aquela rigidez que tinha com os outros meus irmãos. Ele pedia-me pra fazer cigarros e tinha liberdade total com ele.”* (sic). Diz ter tido sempre total liberdade, não tendo horas nem regras em casa.

Quando o pai de PN faleceu, diz ter ido logo trabalhar, com cerca de 13 anos, como empregado de escritório. Quatro anos depois desempregou-se, para tirar um curso subsidiado de programador informático, mas sem aproveitamento, por consumir muito Haxixe, tendo-se metido posteriormente na heroína. Diz ter sido a irmã mais nova, quem sempre o apoiou. Relativamente à outra irmã, sempre o ajudou, mas admite não se dar bem com o cunhado, *“já vivi lá em casa uma vez e ele não vai lá muito com a minha cara. Foi ele, um dos que me ajudou muito na primeira vez com a droga, quando fui para França e fiquei a viver lá em casa dele, mas temos feitios muito diferentes.”* (sic). Diz que quando os pais discutiam, maioritariamente das vezes acabava em violência, *“As discussões deles chegavam-se a ouvir*

na rua. E envergonhado, já sabia o que me esperava quando chegasse a casa. Foram muitas as vezes em que chegava a casa e via o meu pai estendido no chão por causa do álcool. A minha mãe chorava.” (sic). Em relação à restante família, “Só via os restantes familiares em situações, como por exemplo quando faleceu a minha mãe. Mas eu também nunca fui de ir a festas de família. Só ia ao Natal porque a minha mãe dizia que se eu não fosse ela também não ia. Às vezes íamos a festas que eu nem sabia porque é que ia.” (sic).

No que respeita às relações interpessoais, PN revela que sempre teve muitos amigos, ou conhecidos do futebol, ou da escola, mas era sozinho, que passava a maior parte dos dias. Recorda-se de brincadeiras que tinha em criança, *“jogávamos futebol, fazíamos aquelas brincadeiras de criança, tocar às campainhas e dizíamos uma frase “Tem água? Aqui é da companhia das águas! Tem? Então vá tomar banho”. Andávamos a pedir para os tuberculosos, eu tinha uma máquina de escrever em casa e fazíamos uns panfletos. Como tínhamos um amigo lá no nosso grupo que era meio “deficiente”, mandávamo-lo sempre ir a ele pedir para ir bater à porta dos vizinhos e entregar os panfletos. Depois com o dinheiro que conseguíamos juntar, comprávamos sugos, cromos e tabaco. Nessa altura tinha por volta dos 12 anos.” (sic). Diz ter lidado sempre com pessoas mais velhas e como era sempre o mais novo, era bem aceite e protegido. Com o passar do tempo, por volta dos 18 anos, começou a ver e a aperceber-se disso, porque viviam rodeados de bairros e tinham que se proteger uns aos outros, e com eles, PN acabava por se sentir seguro. Diz ser uma pessoa muito mimada e acomodar-se muito às situações, *“Por exemplo se o quarto está sujo, eu não o limpo, porque só me apetece dormir. Sou e sempre fui muito preguiçoso. Sempre fui habituado a que fizessem as coisas por mim.” (sic).**

No que toca à vida afetiva de PN, diz nunca ter tido namoros muito duradouros, *“Tive a chamada experiência dos 12 anos. Uns beijinhos apenas, para saber como era.” (sic). Depois com 15 anos diz ter estado de férias num acampamento do Instituto Português da Juventude e teve uma namorada Alentejana, “Foi ela quem me tirou a virgindade. Depois até era pra ir pró Alentejo, mas depois acabou tudo. Depois tinha aqueles namoricos de escola.” (sic). Até que aos 18 anos conheceu a mulher com quem entretanto se veio a casar e entretanto divorciar. Quando esteve em tratamento no Porto, conheceu uma rapariga de 26 anos, “Gostei muito dela, mas lá na instituição não permitiam a minha relação com ela. Quando viram que a nossa relação estava a ir para além de “colegas”... começaram a impor regras, distanciamento e restrições. Às vezes tinha que cantar alto... para lhe conseguir dizer e transmitir coisas. Cheguei a combinar com ela várias fugas de lá... Irmos morar para minha casa... mas ela acabava sempre por desistir. Mas tive pena...” (sic).*

PN casou-se no ano de 2007. Conheceu a sua ex-mulher aos 18 anos, num curso de informática. Namoraram durante o curso, cerca de um ano, depois acabaram por se afastar. Reencontrara-se no Porto, num concerto de Quim Barreiros, quando PN tinha acabado de regressar de Espanha. Diz já não a ver há cerca de 20 anos, *“Ela tocou-me no ombro, olhei para trás, falamos e fomos para minha casa.”* (sic).

Mais tarde numa ida de férias, *“Passado três dias ela pediu-me em casamento. Quase me esbarrava com o carro, quando ela me fez essa pergunta.”* (sic). Encontravam-se de férias nessa altura, e levou-a para um sítio em Afife. PN refere consumir álcool, sem ela saber. Quando regressaram ao Porto, casaram-se, *“Casei sem conhecer os meus sogros e as minhas enteadas. Eu aproveitei aquele pedido de casamento porque também andava enterrado e no fundo achei que fosse uma forma de me curar, de esquecer e acabar por deixar de consumir de vez”.* (sic). No dia do casamento, *“Disse-lhe ter que me ausentar num instante, para ir responder a um anúncio de trabalho que tinha visto no jornal e fui a correr beber... para me sentir mais calmo e descontraído. Depois fizemos uma festa na casa dela com mais pessoal. O nosso casamento foi muito de altos e baixos.”* (sic). Diz ter passado por fases em que acabava por ir dormir para casa dele, deixando a ex-mulher sozinha *“Normalmente chateávamo-nos por causa do meu consumo de álcool.”* (sic). Passados dois meses, a sua ex-mulher engravidou, *“Ela andava muito nervosa porque estava grávida e eu ainda não tinha sequer a noção de que ia ser pai. Abortou com pouco tempo de gravidez. Porque tomava medicação para depressões e andava muito nervosa.”* (sic). Revela estar entusiasmado e feliz com a ideia de vir a ser pai, *“Cheguei a casa e ela disse-me que íamos ter que falar. Ela disse-me que não queria ter o puto. Estava eu na cozinha e a filha mais velha dela e disse-me que não podia ter o puto porque a mãe dela lhe tinha dito que eu era alcoólico, e que o puto tinha sérios riscos de poder vir a nascer deficiente”.* (sic). Diz ter ficado furioso na altura com a decisão da sua ex-mulher e diz ter-se exaltado *“Cheguei a insultar a irmã dela também. E fui chorar. Vim-me embora e perdoei porque pensei: bem ela tem duas filhas, não podem ver o pai, o pai tratava-as muito mal e à mãe, se calhar tem receio que agora aconteça o mesmo”.* (sic). A ex-mulher acabou por abortar no início da gravidez, tendo feito uma histerectomia total sem ter dado qualquer conhecimento a PN.

Na altura, PN foi chamado a tribunal por ter sido apanhado a conduzir com álcool e ficou na altura de cumprir serviço cívico. Arranjaram-lhe trabalho á beira de casa. Nessa altura, estava a viver em casa da ex-mulher, mas estavam-se sempre a chatear e a mudar de casa *“até que se viraram pra mim e me disseram que eu me ia ter que decidir. E decidi que ia fazer trabalho comunitário para a beira de casa dela, num clube de futebol. Passei ali muito*

tempo. Éramos uma família normal na altura. A filha mais nova tinha problemas de comunicação, nunca saía de casa, nem ia à escola e eu por vezes conseguia fazer com que ela saísse de casa. A miúda confiava muito em mim e via-me como um pai.” (sic).

Depois o casamento passou a ser, *“casa separa, casa separa e eu não conseguia parar de beber, pelo contrário, cada vez bebia era mais. Até que houve uma altura que ela começou a andar com um amigo meu.” (sic).* Nessa altura mudei-me para casa do meu irmão, *“Vivi tempos em que me sentia no manicómio. Não me sentia bem, e recorri à heroína outra vez e foi quando a minha mulher se afastou de vez e decidiu deixar de viver lá em casa.” (sic).* Diz ter ficado muito revoltado com a ex-mulher na altura, por se ter envolvido com o melhor amigo de PN, *“Foi aí que ela começou a beber. E ela que nunca bebeu álcool... foi o descalabro total. Chegou a vir ter comigo, depois de uma consulta no Centro de Apoio a Toxicodependentes, a dizer-me que se eu quisesse ter uma vida boa tinha que a esquecer.” (sic).* Nessa altura começaram os dois a consumir álcool juntos e, *“Foi nessa altura que decidimos e combinamos o suicídio, no Alentejo.” (sic).*

Diz que durante esse tempo, a ex-mulher bebia e misturava o álcool com os antidepressivos que andava a tomar. Apesar do que combinaram e de terem mesmo ido para o Alentejo, PN revela que a sua ex-mulher, *“teve medo, foi fraca e desistiu de o fazer.” (sic).* Combinaram falar, para esclarecer e resolver a situação da relação, definitivamente, *“Como estava frio nesse dia, e ela estava a tremer muito, fui buscar uma camisola para ela dentro de casa, quando ouvi um grande barulho. Era o meu amigo a insulta-la e ela a ele”. (sic).* Passados dois dias PN estava no café, quando a ex-mulher apareceu, começaram a discutir, encontrava-se completamente alcoolizada e começou a insultar PN, ao que ele lhe terá pedido para terminar com aquela conversa, *“Ela começou a ter uma espécie de ataques e a passar-se da cabeça por causa do álcool. Até que chamei o INEM. Nisto, o telefone dela estava a tocar e vi que era o meu amigo, atendi o telefone e depois de lhe ter contado o que se tinha passado, disse para ele ir lá buscá-la. Desde aí nunca mais a vi.” (sic).*

O utente refere que numa das idas ao Porto, passou por um amigo que lhe disse, *“Que a Xana lhe tinha ligado, a dizer que estava melhor, que tem bebido menos... Ainda deve estar com o Armando.” (sic).*

PN demonstra uma interação com os outros, caracterizada por sedução sexual inapropriada, bem como comportamentos provocadores ao referir, *“tenho que ser sempre o centro das atenções fico tolo quando isso não acontece e acabo por conseguir, principalmente com as mulheres, usando o meu charme e provoca-las sexualmente... lambo*

os lábios... sei que as provoço e elas caem tão bem...” (sic), revelando também um desconforto em situações em que não é o centro das atenções.

Exame do estado Mental

PN é de estatura alta e magro. Apresenta algum desleixo ao nível do vestuário e sem cuidados com a higiene. O utente mantém o contacto ocular, dando sinais de inquietude e nervosismo. A ressonância emocional é de empatia, sendo que o utente tem uma postura de colaboração, maioritariamente adequada. O seu humor ao longo das sessões era eufórico. O discurso é bastante rico, ao nível do pensamento demonstra encadeamento de ideias. Não apresenta quaisquer problemas ao nível da atenção, concentração e percepção. Possui orientação autopsíquica e orientação alopsíquica. Demonstra ter moderado juízo crítico e insight para o seu problema clínico.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

A avaliação psicológica/psicométrica de PN foi realizada através dos seguintes instrumentos psicométricos: o BSI na avaliação de sintomas psicopatológicos, as Matrizes Progressivas de *Raven* – versão SPM para a avaliação cognitiva e o MMPI-2 para avaliação da personalidade.

No BSI o utente teve no ISP a cotação de 1.7. encontrando-se no ponto de corte do instrumento, pelo que poderá encontrar-se com moderada instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas foram: Obsessivo-Compulsivo (2.8), Psicoticismo (2.6), Hostilidade (2.4), Depressão (2.0), Ideação Paranóide (2.0).

Tal poderá significar que PN terá impulsos e comportamentos persistentes aos quais sentirá dificuldades em resistir. Terá um estilo de vida esquizóide, isolando-se dos outros, mas com pensamentos, emoções e comportamentos hostis, afeto e humor disfórico, falta de interesse pela vida e de motivação. Além disso, o pensamento será projetivo, de suspeição, egocêntrico com propensão em ter aos delírios de grandeza e perseguição.

Nas Matrizes Progressivas de *Raven* – SPM, a cotação revela que PN terá um QI entre os 90 e 100, correspondente ao grau IV, e indicador de que o utente terá uma inteligência normal corrente. Isto significa que a inteligência não-verbal, a inteligência perceptiva, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, a competência na dedução e observação de relações acerca de uma estrutura completa é similar aos da população geral com a sua idade e grau de escolaridade.

Na avaliação da personalidade as escalas de validade do MMPI-2 indicam que o protocolo é válido (?=0). A escala da mentira (L=58) indica que PN não terá tentado dar uma imagem favorável de si e a escala de validade/ incoerência (F=58) indica que o utente terá dado algumas resposta ao acaso.

As escalas clínicas com cotações mais elevadas foram a Histeria (T=74) e a Depressão (T=72). As cotações de Psicopatia (T=66), Psicastenia (T=67) e Esquizofrenia (T=67) foram altas. As cotações das restantes escalas encontram-se dentro da normalidade, com excepção da Ideação Paranóide (T=58) que teve um resultado moderado.

Através da interpretação destes dados pode-se aferir que PN terá uma personalidade com qualidades históricas, em que existirá labilidade emocional, teatralização em que procura manipular e seduzir os outros, sendo que, em momentos de stresse poderá sintomas conversivos para evitar a resolução de problemas. Além disso será excessivamente exigente, intrapunitivo e pessimista. Terá um reportório de competências sociais reduzido, mau ajustamento social e falta de experiências gratificantes. Porém será não conformista, impulsivo, com dificuldades em resistir a pensamentos e comportamentos específicos de natureza desadaptativa. Tende ao isolamento e sentimentos de inferioridade perante os outros, sendo propenso aos delírios de perseguição.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III	070.51	Hepatite Viral C
	070.30	Hepatite Viral B
	011.9*	Tuberculose Pulmonar
	366.9*	Cataratas
Eixo IV		Problemas com o grupo de apoio primário Desemprego
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

A avaliação realizada e, consequente diagnóstico leva-nos a inferir Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica. Uma vez que o utente preenche os critérios para o

diagnóstico acima referido, exclui-se deste modo, outras perturbações mentais não induzidas por substâncias. É de salientar que, e segundo o DSM-IV-R (2002), as Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, no entanto, o utente não preenche critérios destas perturbações. Apesar de PN apresentar sintomatologia que nos leva a inferir uma Perturbação Histriónica da Personalidade, esta não é atribuída pelo simples facto de o Manual de Diagnostico Estatístico das Perturbações Mentais (2002), citar que não pode ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias. Excluindo-se assim, esta perturbação.

Conceptualização do Caso

A problemática de PN, como pode ser deduzida da sua história de vida, é de grande gravidade. Começamos com o problema de PN ter começado a consumir álcool e calmantes com cerca de 12 anos, por serem segundo o utente de “fácil acesso”. Neste seguimento Schuckit (1998), distingue alguns dos fatores que contribuíram para o consumo excessivo de álcool, entre eles: fatores sociais dependentes do meio; a procura de um efeito estimulante ou do efeito inicial do produto e a procura de um efeito antidepressivo ou do evitamento das dificuldades psicológicas, indo ao encontro dos fatores que levaram PN a consumir. Os fatores cognitivos como a auto-imagem, o comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de *coping* e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição de dependência de PN (Ogden, 2004; Rahioui & Reynaud, 2008).

Um outro problema refere-se essencialmente a uma recaída emocional (Rahioui & Reynaud, 2008). Como se pode verificar na história biopsicossocial, a relação conflituosa do utente com a sua ex-mulher e a dificuldade em arranjar um trabalho permanente, são as principais causas desta recaída, o utente após o anterior tratamento, não soube lidar com a realidade (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

PN não conseguiu pôr em prática as estratégias aprendidas, devido a dificuldades de espectro afetivo (Ferros, 2011), outra área que o utente apresenta problemática.

Segundo os autores Marlatt e Kristeller (1999), existem três categorias que possuem um maior peso percentual no contexto de situações de recaídas. A primeira categoria insere sentimentos desagradáveis ou estados emocionais negativos, como a raiva, a frustração, a ansiedade, a depressão ou o tédio. Estes estados emocionais podem ser causados por perceções internas de determinadas situações (sentir-se sozinho) ou por reações de acontecimentos externos (achar que não gostam de si por não ter sido convidado para sair). A

segunda categoria engloba conflitos com os outros, latentes ou recentes e situações de discussão e confrontação que envolvem outra pessoa ou um grupo de pessoas. A terceira categoria é caracterizada pela pressão social, direta ou indiretamente exercida, como resposta a influência de estar rodeado por pessoas ou grupos que exercem pressão para que o indivíduo se alicie no comportamento em causa.

Deste modo, pode explicar-se as consecutivas recaídas de PN através da primeira categoria e da segunda categoria. PN começou a ter sentimentos desagradáveis ou estados emocionais negativos e os conflitos, principalmente com a sua ex-mulher não estavam a ser bem geridos, estando o utente a caminhar para uma recaída.

Plano de Intervenção

PN abandonou o tratamento, não tendo sido possível terminar a intervenção na sua totalidade. Foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: A intervenção proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahiouiu & Reynaud, 2008), uma vez que estas terapias colocam a tónica no esforço e na eficácia pessoal, o terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são claramente definidos, tal como os meus utilizados para os avaliar, sendo que a avaliação regular dos progressos permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia (Rogers, 2005).

A intervenção psicoterapêutica para PN, foca-se, primeiramente, essencialmente na diminuição da ansiedade que este apresenta, ensinando-se técnicas de relaxamento (Filhos & Ferreira – Borges, 2009). As técnicas de relaxamento ajudam o utente a controlar sintomas fisiológicos antes ou durante os acontecimentos.

Por último, seria importante abordar estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007) e neste sentido, promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao mundo real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em PN. Uma vez que se envolveu com uma utente, facto que o levou a ter que se desculpar perante toda a CT, ao que PN se recusou, por iniciativa própria, abandonou o tratamento em Janeiro de 2014.

Caso Clínico “JB”

- Anexo - XV

Descrição aprofundada do caso clínico “JB”

Caso Clínico JB

“Quando fui para França trabalhar, estava sozinho no quarto e bebia muito. Quando bebia não me sentia sozinho, acabando por me sentir bem melhor (...) Comecei a beber com 15/16 anos, eram os meus pais que me davam às refeições.” (sic).

Identificação

JB é um utente do sexo masculino, tem 42 anos e é natural de Baião. Construtor civil de profissão encontra-se desempregado desde 2010. É solteiro e mora com os pais. Deu entrada na comunidade em Janeiro de 2014 por histórico de abuso de álcool.

Motivo da Consulta/Problema

JB deu entrada na comunidade em Janeiro de 2014, sendo transferido diretamente de uma unidade hospitalar em Matosinhos, por apresentar uma mancha de gordura no fígado, tendo-lhe sido dados poucos meses de vida, caso não se tratasse e por aconselhamento familiar. Encontra-se internado na Comunidade Terapêutica devido ao seu problema de abuso de álcool. Revela suspeita, sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganam, o que acarreta preocupações com dúvidas injustificadas acerca de lealdade ou confiança de amigos.

História do Problema

JB começou a falar apenas com cerca de 7 anos de idade *“Os meus pais andaram-me a tratar em Lisboa, depois o meu tio que morreu debaixo de um trator, começou-me a ouvir a falar sozinho de repente e disse aos meus pais. E desde aí comecei a falar muito pouco... como uma criança.” (sic)*. Diz ter sido uma situação traumática para JB, pois impossibilitou-o de conviver e brincar como seria o mais certo naquela idade. Demonstra sentir-se bastante revoltado em relação a isso.

O utente recorda que a primeira experiência de consumo de álcool teria sido *“Aos 15/16 anos bebi pela primeira vez à mesa com os meus pais.” (sic)*. No entanto, teria sido após a sua ida para França em trabalho e o facto de estar e se sentir isolado, que o consumo aumentou exponencialmente. Segundo ele, *“Quando fui para França, estava sozinho no quarto e bebia muito. Depois o apetite de comer também era pouco ou quase nenhum. Quando bebia não me*

sentia sozinho, acabava mesmo por me sentir melhor. Depois via que já estava a ficar com a cabeça pesada e deitava-me.” (sic). Toda esta situação levava-o a isolar-se cada vez mais, por ter vergonha e receio do seu estado, “*Depois á noite tinha que ir comer á cantina. Depois as pessoas começavam a falar para mim e eu ficava nervoso. Eu fugia para não ter que as enfrentar e elas chamavam por mim e então aí é que eu tremia. Aquilo deixava-me muito revoltado... não queria que me vissem naquele estado*”. (sic). Mostra-se confuso e “perdido” durante a sua estadia em França. Com a mudança de casa e partilha com colegas de trabalho, começou a sair mais e a andar de autocarro.

O utente refere ter bebido a maior parte do tempo sem vontade, sem saber o porquê de o fazer. Os colegas de quarto começaram-se a dar conta do descontrolo da situação e acabaram por o aconselhar a ir ao médico. Esteve internado cerca de dois meses sem consumir, admitindo ter recommçado a beber, mal abandonou o internamento. Enquanto os colegas iam trabalhar, bebia sem qualquer tipo de controlo. Embora os colegas para além do consumo de álcool, também consumissem haxixe, o utente refere que “*Eles também bebiam e drogavam-se, faziam charros de haxixe e erva. Depois aquilo passava de boca em boca. Eles bem queriam que eu fumasse, mas eu nunca quis. Já me chegava o problema que tinha. Eu estava lá um bocado, quando começavam a insistir para eu consumir, ia pró meu quarto e fechava-me lá sozinho a beber. Sabia que se começasse depois ia ser bem pior.*” (sic). Admite perante esta situação que enquanto eles fumavam, ele bebia. Diz que esta situação se repetia diariamente, sem qualquer controlo de horários, sendo que aos fins-de-semana, como não havia compromisso com o trabalho no dia a seguir, por vezes “*nem à cama iam.*” (sic).

Além disso, menciona o facto de que quando regressou a Portugal, ter continuado a beber, tendo sido internado em Matosinhos por duas vezes consecutivas, tendo abandonado das duas vezes o internamento. Quando começou a ter consciência da gravidade da situação, por lhe terem sido detetados problemas graves no fígado, decidiu fazer a vontade aos familiares, dando entrada e tendo iniciado tratamento na Comunidade “*Depois eu também via, explicavam-me como estava o meu fígado, as manchas pretas, a tal gordura. E essa tal gordura podia chegar a um certo ponto e podia “tapar” por completo o meu fígado. Agora tenho que ficar bem, vir para aqui e voltar a beber... para isso não tinha valido de nada ter vindo para aqui e todo o meu esforço.*” (sic).

JB também mostra preocupação com o facto de lhe terem apreendido por várias vezes a carta de condução, por ter sido apanhado a conduzir sob efeito de álcool. Admite um desleixo completo e um desacreditar, de tal forma que “*Já só estava bem com a garrafa na mão*”. (sic).

Admite que muitas vezes bebia, para conseguir conviver, falar e mostrar-se mais extrovertido. Por se mostrar tímido e inseguro perante os outros, nunca foi capaz de se defender, o utente diz mesmo que era ameaçado e perseguido por alguns colegas, *“Eu dantes era muito tímido, retraia-me muito, punha-me de canto e de lado, isolado (...) No tempo da escola, nunca fazia nada para me defender e as pessoas batiam-me, ameaçavam-me e perseguiam-me. Davam-me coças, só para me fazerem sofrer e eu não reagia. Eles eram sempre mais fortes do que eu. Eu nunca fui forte. Andava sempre com medo de ser apanhado.”* (sic).

JB revela suspeita, sem bases suficientes, de que os outros tiram partido dele, o prejudicam ou o enganam, *“não consigo confiar em ninguém, sei que me perseguem com ameaças, sei que se aproveitam de mim e isso preocupa-me muito.”* (sic), o que acarreta preocupações com dúvidas injustificadas acerca de lealdade ou confiança de amigos.

Embora permaneça à relativamente pouco tempo na comunidade, JB admite ter começado a mudar de postura e a defender-se mais durante o percurso de tratamento, *“Mas agora comecei a ver que isso é muito mau, porque as pessoas são más e acabam por abusar de mim. Agora o que tenho a dizer digo.”* (sic).

História Clínica

JB antes de dar entrada na comunidade tomava cerca de 16 comprimidos por dia pelo tratamento que andava a fazer do álcool, o que reduziu drasticamente quando começou a ser acompanhado pelo psiquiatra da comunidade, *“Desde que vim para a Comunidade, estou a tomar dois medicamentos por dia, um de manhã e outro á noite.”* (sic).

Diz ter bastantes problemas de insónia devido ao problema aqui apresentado, o que o levava a acordar muitas vezes durante a noite e a ter que ver televisão, ou fumar um cigarro para se distrair. *“Dantes não era capaz de dormir sossegado, acordava muitas vezes durante a noite e depois não conseguia dormir. Acordava e punha-me a ver televisão, ou fumava um cigarro. Mas isto era por causa do álcool, porque desde que vim para a Comunidade, deixei de beber e agora até durmo de mais e sou chamado a atenção.”* (sic).

Na infância, com cerca de 10/12 anos, JB teve a febre hemorrágica de *Marburg*. Com cerca de 23 anos apresentou um quadro clínico de anemia, por ter uma significativa perda de sangue nas fezes, sem saber especificar ao certo o porquê. Teve vários acidentes físicos, *“Parti uma clavícula do lado esquerdo, num tombo de moto. A subir um poste, pus um pé em falso, tive desmaiado e fui para o hospital três dias internado, magoado. Tive duas entorses no pé, no trabalho, tinha eu 16/ 17 anos, caí abaixo de um telhado, estava estalado. Da*

segunda vez foi em França estava a descer as escadas do prédio. Ainda fui para casa, mas acabei por ir para o hospital que já não aguentava as dores no pé.” (sic). Revelou também ter tido uma pneumonia no ano de 2001, encontrando-se um ano de baixa, sem ir trabalhar. Foi aconselhado pela médica de família que enquanto a mancha que tinha no pulmão não desaparecesse, JB não podia voltar ao trabalho.

Atualmente JB não revela qualquer tipo de problema.

História Biopsicossocial

JB é o primeiro filho numa fratria de dois irmãos (duas raparigas). Revela que se dá bem com a irmã mais nova, de quem sempre nutriu muito afeto e sente maior proximidade. Em relação à mais velha diz que ela *“faz tudo o que o meu pai lhe manda, não sabe nem consegue dizer “não”. E talvez por isso nos chateemos mais.” (sic).*

A mãe do utente trabalhou desde sempre na lavoura, tem cerca de 78 anos. JB considera que foi sempre uma boa mãe, embora sofra muito fisicamente, *“É pena ser muito doente. Sofre muito e anda sempre metida nos médicos por causa do joelho. Teria ela cerca de 71 anos, quando teve que ser operada ao joelho. E desde aí nunca ficou bem. Também tem a mesma deficiência no outro joelho. Diz que anda sempre a cair.” (sic).* Diz ser muito trabalhadora, uma mãe presente e sempre bastante preocupada com o bem-estar do filho, defendendo-o sempre, inclusive do pai, *“O meu pai hoje em dia não gosta de mim. Porque o meu pai sempre me quis ver fora de casa. E ela protege-me e não o deixa fazer isso. É a única que acredita em mim. Ele fica chateado ainda mais por ela me estar sempre a apoiar e a defender. Por exemplo quando ele diz “Desaparece aqui de casa!”, ela defende-me e começam a discutir. Às vezes ele chega a bater-lhe.” (sic).*

Recorda com saudade uma situação da sua infância, *“Lembro-me de dormir com os meus pais na mesma cama no meio deles e ficava com a cabeça por cima do braço do meu pai. Depois compraram-me uma espécie de divã e eu comecei a dormir na sala, enquanto as minhas irmãs ficavam num quarto ao lado do quarto dos meus pais. Depois elas foram á vida delas e eu passei para o quarto delas.” (sic).*

Relativamente ao pai, trabalhava como Guarda-Florestal, tem 76 anos. JB diz ser um pai bastante severo, autoritário, chegando a ser violento física e verbalmente, *“Chama-me muitos nomes... Chama-me muitos nomes... “cabrão, filho da puta, vigarista” (sic).* Diz ter sido um bom pai na infância, mas desde que partiu a perna, mudou de postura, tornando-se numa pessoa bastante revoltada com a vida e com todos, culpabilizando-os, *“Ele partiu um pé, e desde que partiu o pé e foi operado, nunca mais foi o homem que era. Tornou-se num homem*

muito revoltado com a vida e com todos à sua volta, como se tivéssemos culpa do que lhe tenha acontecido.” (sic). O pai do utente também tem problemas com o álcool, “Ele bebe também, de vez em quando aparece com os copos, mas não é todos os dias. Se der para ralar, ralha, é muito chato e quando está bêbado começa a dizer “eu estou bêbado, eu estou bêbado” e depois vira-se para a mulher e diz “Eu estou bêbado, eu estou bêbado”, como se lhe desse gozo em dizer e afirmar isso.” (sic). Diz ter sido um pai ausente, por se dedicar muito ao trabalho, “Era guarda-florestal. Passava pouco tempo em casa. Depois ficava de noite a trabalhar até de manhã. Havia dias que tinha que ficar o dia todo e a noite toda lá no posto. Depois tinha os dias de folga e aí é que ficava lá em casa.” (sic). JB revela com alguma revolta situações e reações do pai em relação e ele enquanto partilham à mesa a refeição, “Às vezes estamos na mesa e eu tento-me calar e não lhe responder mas não aguento e até com o copo de vinho já lhe atirei para as bentas, e vai tudo á frente. A última discussão foi no ano passado. Foi por estar a beber um copo de vinho na cozinha. Eu já tinha comido, só que ele não viu que eu já tinha comido e ele foi à cozinha, viu-me a beber e disse “Tu já estas a beber sem comer!?”. E eu disse “estivesses aqui para ver se eu já comi ou não” e peguei no copo e atirei o copo a rebolar para cima dele e disse “tome lá então a merda do copo, beba-o você”, depois fui pela porta fora embora.” (sic); “Depois tem um feitio... ele come frente e frente para mim. E está sempre a olhar para mim como quem diz “que ódio que me mete aquele gajo.” (sic). JB diz ser um pai muito poupado e conservador. Diz ser o pai quem dá à mãe dinheiro para as compras do mês. Diz só se preocupar com a mãe, quando se trata das idas ao médico ou da sua saúde, “Preocupa-se com ela, mas na hora de ir pró café ele vai e deixa os outros ficarem e cuidar dela. Depois manda os outros ficarem e cuidarem dela. Se for preciso levar a minha mãe ao médico, não é ele que a leva, pede aos filhos para o fazerem. E ele vai pró café prós copos.” (sic).

Relativamente à sua escolaridade, o utente indica ter começado a falar apenas aos sete anos de idade. Revela ter tido uma primeira linguagem de criança, mas aos poucos e com o auxílio das professoras foi melhorando. Sempre teve bastantes dificuldades no que toca aos estudos. Esteve retido durante três anos na 4ª classe, terminando o 9º ano no ensino profissional. Revela ter poucos amigos, por ter vergonha e receio de não conseguir falar, “Nos recreios brincávamos, jogávamos á bola. Na altura sentia-me um bocado envergonhado ainda, por querer falar com eles e não conseguir.” (sic).

O seu primeiro trabalho foi com 12 anos, quando JB se encontrava em férias de Verão, cerca de 3 meses, começou a trabalhar por livre vontade, como forma de ganhar algum dinheiro. Começou por ser ajudante de obras, a fazer massa. Assim que terminou a de estudar,

começou a trabalhar, com cerca de 16 anos, trabalhando quase sempre como ajudante de obras, tendo sido aumentado de ordenado esporadicamente e gradualmente. Como achava que ganhava pouco para o seu sustento, decidiu ir para França no ano de 2006, *“Fui para França, trabalhei 4 dias e tirei lá em quatro dias o dinheiro de um mês cá. Aí sim dava gosto trabalhar. Mandava para cá algum e ficava lá com algum, para comida e assim.”* (sic).

Em 2008, aconteceu algo que marcou bastante a vida de JB, *“foi quando me roubaram os documentos, na mochila que eu levava comigo para o trabalho. Depois quando cheguei para ir comer, não tinha a mochila”*. (sic), tendo-lhe sido roubado muito dinheiro, *“Liguei para o banco para bloquear os cartões, mas não adiantou nada, já era tarde de mais. Tinham-me feito compras com o cartão dourado. Gastaram-me cerca de 400 e tal euros. Era o plafom do cartão. Tentaram levantar mais, só que já não conseguiram. Depois tive que pagar tudo ao banco do meu bolso.”* (sic), foi quando o utente teve que regressar a Portugal, com 38 anos. Quando veio para Portugal, o utente ainda trabalhou cerca de um ano para um vizinho, mas refere ter-se chateado com os patrões e despediu-se. Desde aí nunca mais trabalhou. Um outro acontecimento marcante para JB, *“Enquanto estive em França, emprestei dinheiro a um primo meu, 200€ e ele deu-me só 140€. Desde aí nunca mais falei com ele. Ajudava-o muito nas despesas, gasolina do carro, portagens. Dei-lhe muito dinheiro quando ele não trabalhava. Ele tanto ia como não ia trabalhar e eu acabava por ter pena dele e emprestava-lhe dinheiro. Fiquei muito zangado com ele.”* (sic).

No que respeita à relação afetiva, este sempre teve uma educação onde a sexualidade era tabu, *“falar de sexo lá em casa era pecado!”* (sic). JB é solteiro e admite nunca ter tido um relacionamento *“As raparigas não me gostam de ver assim, nem me querem para nada. Quem quer um bêbado? Na altura falavam para mim, eu não dizia nada, ficava calado. Não tinha palavras para poder falar com as pessoas. Comecei a ter mais vergonha de sair por não saber dizer as coisas, falar. Eu queria muitas vezes falar, mas as palavras não me saiam.”* (sic).

Exame do estado Mental

JB é de estatura normal e magro. Apesar de apresentar algum desleixo ao nível do vestuário tem cuidados com a higiene. O utente mantém o contacto ocular, desviando-o no entanto, quando é abordado o seu passado de historial de álcool, dando sinais de inquietude e nervosismo. A ressonância emocional é de empatia, sendo que o utente tem uma postura de colaboração, maioritariamente adequada. O seu humor ao longo das sessões variava entre o depressivo e o disfórico. O discurso é pobre, ao nível do pensamento demonstra

encadeamento de ideias. Apresenta graves problemas ao nível da atenção, concentração e percepção. Possui orientação autopsíquica e orientação alopsíquica. Demonstra ter moderado juízo crítico e insight para o seu problema clínico.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica

A avaliação psicológica/ psicométrica de JB foi realizada através dos seguintes instrumentos psicométricos: na avaliação de sintomas psicopatológicos foi usado o BSI para avaliação de sintomas psicopatológicos, Matrizes Progressivas de *Raven* – versão SPM, na avaliação geral da cognição, e MMPI-2 na avaliação da personalidade.

O ISP, no BSI revelou uma cotação no Índice Geral de Sintomas de 115, o que significa que JB terá elevados níveis de stresse, e no Índice de Sintomas Positivos cotou 2.17. Sendo que o ponto de corte no ISP é de 1.7, verifica-se que o utente se encontrará com instabilidade mental e emocional. As dimensões clínicas mais elevadas foram: Obsessão-Compulsão (4.0), Depressão (3.5), Psicoticismo (2.6), Ansiedade (2.5), Ideação Paranóide (2.4).

Assim sendo, as dimensões clínicas indicam que JB poderá ter pensamentos e comportamentos persistentes sobre os quais terá dificuldade em resistir, mesmo sendo de carácter egossintónico; afeto e humor disfórico, falta de motivação, energia e interesse pela vida; estilo de vida esquizóide com tendência para o isolamento; nervosismo e tensão com tendência para a ansiedade generalizada e ataque de pânico; comportamento paranóide, com pensamento projetivo, hostil, desconfiado e egocentrismo.

Nas Matrizes Progressivas de *Raven* – SPM, a cotação revela que JB deterá um QI entre os 70 e 80, correspondente ao grau VI, e indicador de que o utente terá uma inteligência fronteiriça. Isto significa que a inteligência não-verbal, a inteligência perceptiva, o comportamento explorativo, a capacidade de observação, a capacidade de exploração e de complementação do raciocínio analógico, a competência na dedução e observação de relações acerca de uma estrutura completa encontra-se abaixo aos da população geral com a sua idade e grau de escolaridade.

No MMPI-2, para avaliação da personalidade as escalas de validade indicam que o protocolo é válido ($\alpha=0$). A escala da mentira (L=51) indica que o utente não terá tentado dar uma imagem negativa de si. Porém a cotação da escala de validade/ incoerência foi elevada (F=79) havendo a possibilidade do utente se ter recusado a dar respostas cujo conteúdo fosse socialmente inadequado. As escalas clínicas mais altas foram: a Paranóia (T=72); a Depressão (T=68); a Introversão (T=68). A escala que apontou pontuação moderada foi a de Esquizofrenia (T=63), enquanto as restantes escalas se encontram dentro da normalidade.

A interpretação dos dados, indicam que JB terá uma personalidade paranóide com tendência ao delírio crónico de perseguição, sistematizado e lógico, baseada na realidade distorcida. De igual forma revela, traços de pessimismo, depressão, desalento e inibição. Será um indivíduo com tendência à autodepressão e mal-estar nas relações interpessoais, sendo, por isso, propenso ao isolamento. Poderá ter algumas dificuldades ao nível da concentração e atenção, bem como dificuldades em controlar impulsos. JB Também terá problemas de identidade e relações familiares desajustadas.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I	303.90	Dependência de Álcool, com Dependência Fisiológica, Em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III		Patologia no fígado
Eixo IV		Problemas com o sistema legal/ crime (carta de condução apreendida várias vezes) Desemprego Situação familiar gravosa
Eixo V	AGF = 50	(no momento da admissão)
	AGF = 60	(no momento da alta)

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico atribuído deve-se à história clínica e biopsicossocial do utente, bem como o problema atual não é melhor explicado por outras perturbações mentais não induzidas por substâncias (apesar das Perturbações Induzidas por Substâncias apresentarem sintomas que se assemelham às perturbações mentais não induzidas por substâncias, tal como refere no DSM-IV-R, 2002).

Dada a dificuldade de diferenciação de diagnóstico relativamente à sintomatologia apresentada, e após despiste através da perturbação da personalidade através do MMPI-2, foi considerada a possibilidade do utente ter uma Perturbação Paranóide da Personalidade. No entanto, esta hipótese foi excluída, dado o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (2002), referir não poder ser considerado este diagnóstico no caso de existir sintomas associados com o abuso crónico de substâncias, o que acontece no presente caso. É de salientar que os sintomas provocados pelo consumo abusivo de substâncias parecem resultar numa apresentação idêntica e transversal à Perturbação Paranóide da

Personalidade (Frances & Ross, 2004). Também foi excluída a Alteração de Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral, por não preencher critérios para tal.

Conceptualização do Caso

A problemática de JB, como pode ser deduzida da sua história de vida, é de grande gravidade a variados níveis. Começamos com o problema de JB ter começado a consumir álcool à mesa com os pais. Para além do pai ter episódios de grande violência (sob o efeito do álcool), tanto em relação à esposa como em relação ao filho. Crescer com uma pessoa violenta, com uma figura paterna destes moldes, foi algo que deixou marcas indeléveis. Além dos traumas que constituíram a vivência destes episódios, a figura paterna, ficou distorcida, passando a ser percecionada como perigosa, fria e ausente. O lado bom da figura do pai, pouco presente no pai “real”, ficou encoberto, oprimido sob a figura do mau pai. Isto criou uma falha grave no imaginário e no mundo afetivo de JB (Berger, 2004). Um outro aspeto é a aprendizagem que fez dos consumos de álcool. O pai foi o seu modelo, aprendendo JB com o modelo (Ferreira – Borges & Filho, 2007).

Neste sentido, Bandura (1977), explica este comportamento através do modelo de aprendizagem por observação/ modelagem. Este refere que também se aprende através da observação dos comportamentos de pessoas significativas (Ogden, 2004). A modelagem está fortemente implicada no desenvolvimento dos comportamentos aditivos (Rahoui & Reynaud, 2008), como se constatou no utente.

Um outro problema é relativamente à não-aceitação do fato de JB não ter conseguido falar como os outros miúdos normais da idade dele, o que o levou a situações de conflito com o pai e consequentemente ao afastamento da família e amigos (Nunes & Jolluskin, 2010).

No que respeita à relação afetiva, este sempre teve uma educação onde a sexualidade era tabu, fato aprendido e transmitido atualmente na educação com os filhos, não tendo pensamentos autónomos e não se atualizando socialmente, ficando preso aos costumes antigos (Rahoui & Reynaud, 2008).

A procura de novas sensações, isto é, a necessidade de sensações e de experiências variadas, novas e complexas, como fuga ao isolamento de JB, era um aspeto essencial e diário para o refúgio ao álcool, sendo mais evidente ao nível da influência dos pares (Marcelli & Braconnier, 2005).

JB refugiase no álcool para ser socialmente aceite e não ser rejeitado, não tendo autonomia nem vontade própria, deixando-se influenciar pelos outros. Este aspeto pode

relacionar-se com o fato de ter ficado longe da família bastante cedo, rumo ao trabalho fora do país (Nunes & Jolluskin, 2010).

Neste seguimento Pele (1977), distingi alguns dos fatores que contribuíram para o consumo excessivo de álcool, entre eles: fatores sociais dependentes do meio; a procura de um efeito estimulante ou do efeito inicial do produto e a procura de um efeito antidepressivo ou do evitamento das dificuldades psicológicas, indo ao encontro dos fatores que levaram JB a consumir.

Os fatores cognitivos como a auto-imagem, o comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de *coping* e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição de dependência de JB (Ogden, 2004; Rahioui & Reynaud, 2008).

Plano de Intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahioui & Reynaud, 2008), uma vez que estas terapias colocam a tónica no esforço e na eficácia pessoal, o terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são claramente definidos, tal como os meus utilizados para os avaliar, sendo que a avaliação regular dos progressos permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia (Rogers, 2005).

A intervenção psicoterapêutica para JB, focou-se, primeiramente, essencialmente na diminuição da ansiedade que este apresenta, ensinando-se técnicas de relaxamento (Filhos & Ferreira – Borges, 2009). As técnicas de relaxamento ajudam o utente a controlar sintomas fisiológicos antes ou durante os acontecimentos, técnica entretanto aplicada pela psicóloga-estagiária na Intervenção em Grupo.

Um segundo momento passou por elaborar a história familiar, dos episódios de violência do pai, da relação conflituosa dos pais, das marcas que estes episódios deixaram JB, no que eles contribuíram para a sua dependência no álcool. É, também, importante, elaborar bem a elevada desorganização que presidiu ao seu crescimento, a ausência dos pais enquanto JB foi trabalhar para fora do país muito novo (Sequeira, 2006), isto é, fez-se o levantamento de situações negativas, trabalhando-se a gestão de emoções negativas.

Foram ainda delineadas para esta intervenção, estratégias entretanto implementadas na intervenção em Grupo de Habilidades Sociais, realizado pela psicóloga-estagiária, como o treino de habilidades sociais, treino do autocontrolo e de assertividade, treino de relaxamento,

gestão de stresse e da ansiedade; identificação de situações de alto risco e reestruturação cognitiva (Rangé & Marlatt, 2008).

Por último, foi importante abordar estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007), uma vez que se encontra institucionalizado e prepara-se para encontrar vários obstáculos e ansiedades e para que posso ultrapassá-los da melhor forma. Neste sentido, empregou-se uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao mundo real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Aplicação dos objetivos terapêuticos e resultados

Ao longo das sessões de acompanhamento e intervenção, foram evidentes melhorias significativas em JB, que apesar de colaborativo revelou atribuir pouca seriedade em todo o seu processo terapêutico.

Folha de Registo de Acompanhamento Psicológico

Registo de Acompanhamento Psicológico

Utente: _____

Data: __/__/____

Avaliação dos compromissos efetuados anteriormente:

Problemáticas trabalhadas:

Resistências encontradas:

Compromissos estabelecidos:

Observações:

Manual do Programa de Treino de Habilidades Sociais (PTHS)

Universidade Católica Portuguesa

Faculdade de Filosofia



Manual do Programa de Intervenção em Grupo

“Treino de Habilidades Sociais”

Grupo Álcool

Centro de Solidariedade Projeto Homem

Ana Louro Pereira

2013/2014


Braga

I – Introdução

O presente programa de intervenção em grupo é de carácter breve e possui dez sessões. É destinado a utentes pertencentes ao Centro de Solidariedade Social – Projeto Homem, inseridos na Comunidade Terapêutica, inseridos no Grupo Álcool.

Sessões:

- **Sessão 1:** *“O Encontro”*
- **Sessão 2:** *“Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais”*
- **Sessão 3:** *“Ser Bom Ouvinte”*
- **Sessão 4:** *“Saber dar e receber elogios... e críticas”*
- **Sessão 5:** *“Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)”*
- **Sessão 6:** *“Acordos e Desacordos”*
- **Sessão 7:** *“Saber se assertivo perante a injustiça ou agressividade”*
- **Sessão 8:** *“Treino de Resolução de Problemas Interpessoais”*
- **Sessão 9:** *“Projeto de Vida”*
- **Sessão 10:** *“Entrevista de Emprego; Conclusão”*

 **População-alvo:** Utesntes pertencentes ao Centro de Solidariedade Social – Projeto Homem (Comunidade Terapêutica) – Grupo álcool

 **Local:** Sala de convívio

1ª Sessão: “O Encontro”

Objetivo Geral: Fomentar a aliança terapêutica e apresentar os objetivos do Treino.

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos Específicos

- Dar a conhecer aspetos globais do programa;
- Promover e facilitar o autoconhecimento e o conhecimento mútuo;
- Identificar e explorar expectativas face ao programa e quais os seus medos;
- Promover a interação e a coesão do grupo;
- Estabelecer um contrato com os utentes.

Material necessário

- Atividade 1 - "Habilidades Sociais" - Computador e Retroprojektor;
- Atividade 2 - "As minhas características" - Cartões Brancos;
- Atividade 3 - "Penso que..." - Cartões Brancos;
- Atividade 4 - "Quem é Quem?" – venda/ lenço preto;
- Atividade 5 - Contrato - Folha de Contrato;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes;
- Folha de Registo.

Racional Teórico

- A primeira sessão tem como objetivo principal promover os laços de confiança entre terapeuta e utentes, no sentido de construir a aliança terapêutica, visto ser um critério essencial na realização de qualquer tipo de intervenção psicológica (Almeida & Rocha, 2012).
- Nesta primeira sessão, é delineado o local, dias e horários do treino, e salientada a importância do seu cumprimento. Por último são recolhidas as expectativas dos

utentes, para avaliar o nível de compreensão sobre os objetivos do programa de intervenção e para a terapeuta averiguar o grau de motivação dos utentes (Guerra & Lima, 2005).

Atividades: Procedimentos a seguir

➤ Atividade 1 (Duração: 20 minutos)

Recorreu-se ao uso de computador e projetor, para uma breve apresentação em Power Point, para dar a conhecer ao grupo aspetos globais do programa, bem como aspetos gerais do tema "Habilidades Sociais";

➤ Atividade 2 (Duração: 15 minutos)

Distribui-se um cartão branco por todos os participantes, e cada um procede ao preenchimento do seu Cartão-de-visita, de acordo com as suas próprias características individuais. Quando todos tiverem terminado, o mediador dá a indicação para que cada elemento troque o cartão com a pessoa que estará ao seu lado direito. Neste momento, cada elemento deve proceder à apresentação do seu colega, mediante a exposição, em voz alta, das características previamente registadas.

➤ Atividade 3 (Duração: 20 minutos)

Depois de distribuídos os cartões brancos por todos os participantes, estes devem registar no cartão, aquilo que esperam fazer e aprender ao longo das sessões e quais os medos. Posteriormente, em grande grupo, o mediador estimula a exposição oral das expectativas de cada elemento, obtendo um relato de primeira mão acerca daquilo que os participantes pensam vir a desenvolver e desmistificar os seus medos, motivando os participantes.

➤ Atividade 4 (Duração: 20 minutos)

O mediador solicita aos participantes que se aproximem uns dos outros, sentando-se no chão. Seguidamente é colocada uma venda a um deles e pede-se que vá procurando os colegas e que lhes toque até descobrir de que colega se trata. E este exercício é feito a cada um dos participantes. No final cada um verbaliza como se sentiu a ter que tocar nos outros e como se sentiu ao ser tocado pelos colegas.

➤ **Atividade 5 (Duração: 15 minutos)**

Distribuem-se os contratos e pede-se para que um dos elementos se disponibilize para ler em voz alta. No contrato ficarão registadas as regras de comportamento que contribuam para o bom funcionamento do grupo. Se os participantes estiverem de acordo deverão assiná-lo e entregá-lo ao mediador para que este também o assine.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Embora os utentes já se conheçam, podem não ter conhecimento de determinadas características, experiências ou comportamentos dos restantes membros, pelo que alguém descobriu algo novo sobre o outro?
- Há alguém ou algum aspeto no outro (atitude, comportamento, etc...) onde se reveja ou se identifique?

Pede-se que cada um fale de como se sentiu nesta primeira sessão e é entregue a ficha de recordação (cada um escreve aquilo que foi feito na sessão e entrega ao mediador para guardar numa capa individual) e um Cartão Verde a cada elemento que tinha acompanhado a sessão sem exhibir comportamentos inadequados.

✚ **Observação:** Neste primeira sessão todos os elementos recebem cartões verdes.

O objetivo é reforçar os comportamentos adequados e promover o aumento da sua frequência, principalmente nestes utentes, que apresentam uma baixa frequência de comportamentos desejáveis. Nos casos em que algum elemento apresente um

comportamento inadequado (quebra de regras estabelecidas), poder-se-á retirar um cartão verde que o elemento já possua, mas esta situação deverá ser evitada e só poderá acontecer numa fase mais avançada do programa. No final é preenchida a Folha de Registo de presenças da Sessão.

2ª Sessão: “*Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais*”

Objetivo Geral: Sensibilizar e dar a conhecer a importância e os diferentes tipos de comunicação

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Sensibilizar para a importância da comunicação não-verbal no estabelecimento de relacionamento interpessoal;
- Explorar e dar a conhecer as diferentes dimensões não-verbais da comunicação e o seu impacto nos outros;
- Treinar e identificar as competências não-verbais de comunicação;
- Treino da identificação das expressões faciais e posturas corporais.

Material necessário

- Atividade 1 - Debate: "O que é a comunicação? O que é que as expressões faciais e as posturas corporais nos transmitem?" – Computador e Projetor;
- Atividade 2 - "Adivinha o sentimento" - Folha A4, Cartões com expressões faciais, posturas corporais e grelhas de registo;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 45 minutos)

Inicia-se a sessão por sensibilizar os elementos para o tema da comunicação e o que podem as expressões faciais e as posturas corporais transmitir. O mediador lança o tema e os participantes começam por registar as ideias que têm acerca do tema nas folhas A4, previamente distribuídas. De acordo com a listagem obtida, o mediador

procede à reorganização da informação, clarificação de ideias e esclarecimento de dúvidas, dinamizando um debate de ideias.

➤ **Atividade 2 (Duração: 40 minutos)**

Cada elemento recebe uma grelha de registo onde deverá registar as suas respostas. Posteriormente o terapeuta inicia a atividade, começa por mostrar os cartões com várias expressões faciais, um a um para que todo o grupo consiga ver, para os participantes adivinharem e explicarem o que eles transmitem, dizendo "Cada um destes cartões representam diferentes emoções ou sentimentos. Vou mostrar um cartão de cada vez, começando pelas expressões faciais e depois pelas posturas corporais, e vocês têm de registar na grelha o sentimento que cada cartão representa. Alguma dúvida? Agora prestem atenção e registem o sentimento que tem esta imagem (mostra cartão 1). Segue-se o mesmo procedimento para os restantes cartões.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas. Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

3ª Sessão: “Ser Bom Ouvinte”

Objetivo Geral: Evidenciar para a importância dos aspetos não-verbais

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Aumentar a consciência da importância dos aspetos não-verbais que caracterizam o bom ouvinte (contacto visual/ ocular e movimento da cabeça). Aprender não só a ouvir como a escutar atentamente o que lhes está a ser transmitido;
- Incrementar o conhecimento dos próprios desejos e necessidades e aprender a comunicá-lo aos outros.

Material necessário

- Atividade 1 - "Quem escuta melhor?" - Folha com instruções;
- Atividade 2 - Desenha o teu sonho e transmite-o aos outros - Folhas A4, lápis e canetas de cor;
- Ficha de recordação;
- Cartão Verde.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 35 minutos)

Escolhe-se 3 elementos aleatoriamente. Identificar cada um deles com uma letra A; B ou C, desenhando essa letra na palma da mão. Os restantes elementos serão os observadores. Explica-se aos 3 elementos escolhidos que vão receber uma ficha com instruções e que não deverão comentar com ninguém quais foram as instruções que receberam.

As instruções são as seguintes:

Participante A - Conta o teu último fim de semana (que atividades fizeste, de quem estiveste mais próximo, quais os sentimentos que viveste, em que setor ficaste ou no caso de ter ido a casa no fim-de-semana mencionar outros);

Participante B - Não pode falar nem olhar para os outros elementos (olha para o chão ou para o lado);

Participante C - Não pode falar nem deves olhar sempre para o elemento que começar a falar e de vez em quando deves movimentar a cabeça como se estivesses a concordar.

Os restantes elementos serão observadores, tendo como função observar para quem o utente A olha mais enquanto fala. O mediador diz para começarem a cumprir com as instruções e após cerca de 5 minutos, pede para pararem de desempenhar as instruções que receberam. Pergunta-se ao participante A qual a letra do colega de grupo a quem gostaria mais de contar o fim-de-semana. A seguir pede-se a esse mesmo participante que verbalize em termos comparativos como interpreta os comportamentos dos utentes B e C. Depois os observadores relata também o que observaram.

No final, o mediador explica as instruções recebidas por cada participante e os objetivos da atividade e nessa altura os utentes B e C verbalizam como se sentiram durante a atividade.

O mediador deverá reforçar a ideia que de ser bom ouvinte facilita a comunicação e para sê-lo é aconselhável:

- ✓ Olhar para a pessoa que está a falar;
- ✓ Pensar naquilo que nos estão a dizer;
- ✓ Acenar com a cabeça, demonstrando aos outros que estamos a ouvir com interesse e atenção.

➤ Atividade 2 (Duração: 45 minutos)

O mediador pede aos participantes que se recordem de um sonho que os tenha afectado particularmente. Um de cada vez narra brevemente o sonho. Distribuem-se as folhas e os lápis por todos e pede-se que desenhem esse mesmo sonho. Posteriormente os desenhos circulam por todos. Os participantes comentam-nos e fazem observações. No fim da sala colocam-se 2 cadeiras vazias e vai um participante de cada vez, senta-se e fala para a cadeira vazia, como se estivesse a dialogar com uma personagem do seu sonho. Quem desejar pode pedir a um dos colegas que represente essa personagem e o ajude no diálogo. Por último cada um verbaliza as suas vivências e emoções. Pode também comentar o trabalho dos outros.

✚ *Observações:* Este exercício pode fazer vir ao de cima aspectos importantes da pessoa e identifica zonas específicas de conflitos intrapsíquicos.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas. Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

4ª Sessão: “Saber dar e receber elogios... e críticas”

Objetivo Geral: Evidenciar para a importância do elogio na expressão de sentimento

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Diminuir a dificuldade de auto análise, de exprimir apreciações sobre si próprio e sobre os outros, de aceitar as críticas dos outros e de refletir sobre elas;
- Tomar consciência da importância do elogio nas relações interpessoais;
- Treinar a expressão de sentimento.

Material necessário

- Atividade 1 - "Como me vejo" – Folhas A4, folhas de cartolina e canetas de cor;
- Atividade 2 – Elogiar os outros – Materiais elaborados durante a atividade 1;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 40 minutos)

O mediador entrega a cada participante uma caneta de cor e uma folha de cartolina. Cada um deve personalizar a sua folha de cartolina, sem indicar o seu nome em nenhum lado, apenas deve escrever todas as informações que quer dar de si próprio ao grupo, como por exemplo, características, capacidades, interesses, desejos, aspirações, atividades desportivas e recreativas que gosta, relação com os outros, entre outros.

Depois de terem concluído entregam as cartolinas ao mediador e este afixa-as na parede e durante alguns minutos todos se dedicam a ler os trabalhos dos outros. Posteriormente tentam adivinhar a quem pertencem as respetivas cartolinas. Depois

disso, comentam o trabalhado de cada elemento. Apontando aspetos negativos ou características que o colega tenha colocado e que este não concorde totalmente, justificando sempre.

✚ *Observações:* É importante estar atento à forma como cada um crítica o outro, não permitir qualquer tipo de ataque. Apenas críticas construtivas. Tomar nota de quem teve mais dificuldades em se caraterizar, são aspetos importantes a serem trabalhados.

➤ **Atividade 2 (Duração: 40 minutos)**

Em seguimento da atividade 1, é-lhes agora pedido que acrescentem numa folha A4, algo de positivo a cada colega, que os elogiem, que digam uma qualidade física ou psicológica e posteriormente lê-se em voz alta uma folha de cada vez. Cada elemento terá que agradecer ao grupo os elogios recebidos e verbalizar os sentimentos que está a vivenciar no momento.

✚ *Observações:* Deve-se enfatizar o efeito positivo do elogio bem como a adequação do agradecimento.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão
--

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas. Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada, isto é, que souberem criticar e elogiar os colegas da melhor forma, é-lhes atribuído um Cartão Verde.

5ª Sessão: “*Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)*”

Objetivo Geral: Dar a conhecer os diferentes estilos de comunicação

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Conhecer os diferentes estilos de comunicação;
- Reconhecer e analisar os efeitos que cada um deles pode desencadear no interlocutor.

Material necessário

- Atividade 1 – Seminário: “Os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)” – Computador e retroprojeto;
- Atividade 2 – Role-Play: Treino do estilo de comunicação assertivo – nenhum
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 45 minutos)

O mediador começa por sublinhar que o objetivo principal desta sessão é a análise de diferentes formas de comunicar. A abordagem deste tema possibilita a adoção de respostas mais eficazes em situações que envolvem pressões sociais (para o consumo de álcool/ drogas). Serão, então, apresentadas através de suporte visual (Power Point), as características que definem as principais formas ou modalidades de comunicação e os efeitos que cada um desses estilos de comunicação provoca no interlocutor.

✚ *Observações:* É importante dinamizar a apresentação, apelando sempre à participação ativa de todos os elementos.

➤ Atividade 2 (Duração: 40 minutos)

Inicia-se a atividade com um role-play, onde cada elemento assume um determinado papel o quadro de uma situação específica e atua em função do papel que escolheu desempenhar. São formados dois subgrupos e cada um destes terá que conceber uma situação particular em que o indivíduo formula um convite a outro para consumir e em que o outro não se mostra interessado. A recusa a esse convite terá de ser efetuada através da prática de uma ou mais respostas assertivas. Uma vez concluído o *role-play* os participantes devem avaliar se o diálogo representado teve como base um estilo assertivo. Posteriormente, o terapeuta sugere a representação de uma outra situação, mas desta vez teria que ceder à pressão para o consumo de drogas. No final procede-se ao mesmo tipo de avaliação.

✚ *Observações:* No final é importante questionar as participantes se estão a sentir algum tipo de ansiedade de consumos. É normal que estas simulações os reportem a situações passadas, a sítios, a momentos, a indivíduos, entre outros.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas. Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

6ª Sessão: “Acordos e Desacordos”

Objetivo Geral: Dar a conhecer as diferentes formas e mecanismos de defesa

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Treinar a persuasão do outro e a defesa de ideias de forma assertiva;
- Reconhecer a existência de opiniões diferentes e saber aceitá-las.

Material necessário

- Atividade 1 – Acordos e desacordos – Cartões com situações para Role-play;
- Ficha de avaliação intermédia;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 50 minutos)

Na atividade proposta para esta sessão, o mediador irá trabalhar a capacidade de exprimir desacordo de forma assertiva e positiva. Uma vez organizado o grupo em dois subgrupos, distribuir-se-ão cartões, em que se apresentam situações que implicam a expressão do desacordo. Cada grupo terá de trabalhar essa situação em *role-play* e, depois, tomar uma posição perante outro grupo. As situações propostas irão focar contextos como o consumo de álcool/ droga, família, amigos, desporto, entre outros. A reflexão final desta atividade aponta para a necessidade de reconhecerem que a existência de opiniões diferentes pode trazer algo de construtivo para a compreensão ou resolução das situações e que há diferentes formas de expressão do desacordo ou de defender as ideias de forma assertiva, já que, tendo em

conta a situação ou posição, este pode referir-se às suas consequências, vantagens, desvantagens ou outros aspetos.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Dado estarmos a meio do programa, proceder-se-á a uma avaliação intermédia, isto é, é dado aos participantes uma ficha de avaliação, onde terão que responder a algumas questões (exemplo: de que forma é que o programa te tem ajudado? Expectativas para as próximas sessões).
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas.
- Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

7ª Sessão: “*Saber ser assertivo perante a injustiça ou agressividade*”

Objetivo Geral: Dar a conhecer os diferentes tipos de comportamento assertivo

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Reviver uma situação frustrante para treinar o comportamento assertivo em situações futuras;
- Procura de respostas assertivas em casos específicos.

Material necessário

- Atividade 1 – “Agora vai ouvir o que tenho a dizer” – cadeiras, lápis e folhas A4;
- Atividade 2 – “O que vai fazer o Ricardo?” – História do Ricardo;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 60 minutos)

O mediador começa por estimular a discussão e recordação de fatos, acontecimentos recentes ou situação da infância onde tenha presenciado casos de injustiça ou agressividade com ele próprio ou com alguma pessoa amiga ou conhecida. Em particular, recordar eventuais frases, consideradas injustas, que os tenham ferido. Pede-se aos participantes que as escrevam numa folha. Um de cada vez o participantes lê a frase e descreve o contexto em que foram pronunciados, os sentimentos e as repercussões do acontecimento. Colocam-se então duas cadeiras no fundo da sala e um a um vão simular a situação, imaginando que a outra pessoa está á sua frente e é pedido que lhe digam o que tem a dizer de forma assertiva, sem

agressividade. Podem apresentar as suas razões, exprimir aquilo que sentem: raiva, dor, ressentimento, entre outros. O diálogo prossegue enquanto houver necessidade. Por fim, os participantes exprimem as emoções e sentimentos experimentados durante o próprio diálogo e durante o dos outros. Discussão final.

Observações: Esta atividade pode causar algum mal-estar aos participantes, podendo ser muito doloroso. A participação emotiva do grupo vai ser altamente terapêutica.

➤ Atividade 2 (Duração: 20 minutos)

O mediador começa por ler a história do Ricardo:

“O Ricardo dirigia-se para o local onde estavam os seus amigos quando um rapaz, que se encontrava no seu caminho, lhe passa uma rasteira. O Ricardo, que não estava à espera, caiu ao chão. Ao levantar-se repara que o seu relógio ficou com o vidro partido. Enquanto o Ricardo olhava para o relógio, o outro rapaz aproximou-se dele e empurrou-o novamente, fazendo-o cair de novo. O Ricardo, já muito irritado, levantou-se, dirigiu-se a ele...”

Posteriormente coloca as seguintes questões: Como acham que se sente o Ricardo? E o outro rapaz? Na vossa opinião, o que deverá fazer o Ricardo nesta situação? Qual será a melhor solução para este conflito?

Promovendo desta forma, o debate e a discussão das diferentes opiniões, definindo um comportamento assertivo nesta situação e identificando as vantagens e desvantagens de se comportar dessa forma.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão
--

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas.

➤ Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

8ª Sessão: “Treino de Resolução de Problemas Interpessoais”

Objetivo Geral: Dar a conhecer as diferentes formas e resolução de problemas

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Tomar consciência dos primeiros passos da resolução de problemas, isto é, para resolver um problema é necessário primeiro compreendê-lo e depois procurar várias alternativas para o resolver;
- Tomar consciência das vantagens da não utilização da impulsividade quando estamos perante um problema.

Material necessário

- Atividade 2 – Ficha “Detetive em Ação”
- Atividade 3 – Ficha “Atividade de Resolução de Problemas”
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 40 minutos)

Os participantes organizam-se em fila e de frente para o terapeuta. Quando o terapeuta disser:

Azul – ninguém se deve mexer;

Verde – todos deverão saltar para a frente;

Vermelho – todos deverão bater palmas;

Amarelo – deverão levantar o braço direito.

As instruções deverão ser escritas num quadro para que o fator memória não influencie os resultados.

Sempre que um elemento se enganar, deverá sair da fila e, após 5 minutos, os que restarem são os vencedores.

Concluída a atividade, o vencedor deverá explicar aos outros participantes como organizaram a sua ação e o mediador deverá enfatizar as possíveis consequências de uma atitude impulsiva em vez de uma atitude pensada e ponderada face a uma situação/ problema. Pretende-se concluir que a impulsividade promove um maior insucesso na resolução de problemas e que o primeiro passo para uma resolução eficaz deverá ser a técnica “Parar e Pensar”. Perante um problema devemos parar e pensar para assim identificar e compreender o problema.

Um cartão verde para o(s) vencedor(es).

➤ Atividade 2 (Duração: 30 minutos)

O mediador entrega a Ficha “Detetive em ação” a cada um dos elementos. Esta ficha irá orientar os participantes na resolução de problemas, tendo em conta as seguintes fases:

- a) Definir o problema;
- b) Estabelecer objetivos realistas;
- c) Elaborar várias alternativas possíveis;
- d) Avaliar os prós e contras de cada solução proposta e escolher a mais favorável;
- e) Delinear os passos necessários para a implementar;
- f) Implementar a solução escolhida;
- g) Avaliar os resultados dos esforços e reiniciar o processo se o problema não for resolvido adequadamente.

Desta forma os participantes estão a delinear e a treinar competências que permitam resolver os problemas.

No final a ficha é entregue ao mediador que colocará na capa com as respetivas fichas de recordação de cada sessão.

➤ Atividade 3 (Duração: 10 minutos)

É-lhes entregue um caso, onde os participantes terão que colocar os passos aprendidos na atividade anterior, são ainda motivados a aplicar a fórmula em situações problemáticas que lhes possam surgir e a ensinar aos colegas os passos que aprenderam.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas.
- Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

9ª Sessão: “Projeto de Vida”

Objetivo Geral: Dar a conhecer e elaborar um projeto pessoal de vida

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Explorar experiências profissionais anteriores;
- Elaborar um projeto pessoal de vida

Material necessário

- Atividade 1 – Quadro síntese das experiências profissionais;
- Atividade 2 – Lista de atividades preferidas;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 40 minutos)

Considerando as características do grupo alvo das quais se destacam o imediatismo, a baixa tolerância à frustração, a descontinuidade das ações e a indefinição de objetivos de vida a médio e a longo prazo, esta ação tem como objetivo capacitar os utentes a projetarem o seu futuro com realismo, e reestruturarem a sua identidade.

O mediador pede que elaborem um quadro relativo às experiências profissionais anteriores. Seguidamente anotam também as aprendizagens resultantes de cada experiência, de natureza social, manual e intelectual.

Depois disto, em pares é feita a análise e síntese das aprendizagens resultantes e as competências adquiridas.

➤ Atividade 2 (Duração: 40 minutos)

O mediador sugere aos elementos que elaborem uma lista de atividades que gostem de desempenhar. Depois da listagem estar completa, os elementos devem classificar cada opção de 1 a 5. As escolhas e a pontuação são discutidas individualmente.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas.
- Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

10ª Sessão: “Entrevista de Emprego e Conclusão”

Objetivo Geral: Promover estratégias para futuras entrevistas de emprego e concluir o programa

Tempo previsto: 1h – 1h 30m

Objetivos da sessão

- Ensinar estratégias e posturas adequadas a ter numa entrevista de emprego;
- Simulação de uma entrevista de emprego;
- Avaliação da opinião dos elementos face a sua participação no programa;
- Promoção da integração e generalização das aprendizagens efetuadas ao longo das sessões;
- Conclusão do programa.

Material necessário

- Atividade 1 – Simulação para cada um dos elementos;
- Atividade 2 – Ficha de avaliação do programa;
- Atividade 3 – Relaxamento;
- Ficha de recordação;
- Cartões Verdes.
- Prémio
- “A minha capa”

Atividades: Procedimentos a seguir

- Atividade 1 (Duração: 40 minutos)

Para cada um dos elementos é pensada uma situação para simular uma entrevista de emprego, tendo em conta as suas principais dificuldades e características pessoais, bem como as suas preferências profissionais.

Com estas simulações vão aprendendo estratégias e posturas adequadas a ter nestes momentos. Deve-se propiciar a dinâmica em grupo, todos devem participar e dar as suas opiniões aos colegas. Cada um aprende não só com a sua simulação mas também por participar e assistir às simulações dos colegas.

➤ Atividade 2 (Duração: 40 minutos)

Os participantes respondem individualmente e por escrito à ficha de avaliação do programa:

- a) O que é que gostaste mais nestas sessões?
- b) O que é que gostaste menos nestas sessões?
- c) O que é que poderia ser diferente para que as sessões fossem melhores?
- d) O que é que aprendeste nestas sessões?
- e) O que é que achaste que foi bom no comportamento dos teus colegas ao longo das sessões? E o que é que foi menos bom?

Depois de cada um fazer a sua autoavaliação, vai ouvir o que cada colega tem para lhe dizer relativamente à forma como o viu nas sessões, inclusivamente o mediador dá também a sua opinião.

Final da Sessão: Questões orientadoras da sessão/reflexão

- Quais as descobertas sobre si mesmo ao participar nesta dinâmica?
- Pede-se a cada elemento que faça o feedback da sessão, que aponte pontos positivos e negativos das atividades efetuadas.
- Prossegue-se ao preenchimento e entrega da ficha de recordação. A todos os elementos que cumpriram as atividades de forma adequada é-lhes atribuído um Cartão Verde.

➤ No final, distribui-se a “A minha capa” de cada utente com todas as fichas de recordação, relativas a todas as sessões e são contabilizados os cartões verdes recebidos ao longo do programa e atribuído o respetivo prémio individual.

Material anexo do Manual do PTHS

SESSÃO I

Folha de Contrato

Ficha de Recordação

Folha de Registo

Power Point Apresentação do PTHS



"Regras Básicas de Comportamento a cumprir durante a Intervenção em Grupo"

- ✓ Entrar na sala em silêncio;
- ✓ Sentar-se sem arrastar cadeiras ou outro material;
- ✓ Aguardar silenciosamente o início da sessão;
- ✓ Levantar o braço para pedir a palavra;
- ✓ Esperar pela sua vez;
- ✓ Falar um de cada vez;
- ✓ Estar atento;
- ✓ Respeitar o mediador e os colegas;
- ✓ Ser assíduo;
- ✓ Ser pontual;
- ✓ No caso de chegar atrasado: bater à porta (devagar) pedir autorização para entrar, entrar em silêncio e sentar-se no lugar. No final da sessão justificar o atraso;
- ✓ Pedir licença para se levantar;
- ✓ Aguardar em silêncio autorização para sair da sala;
- ✓ Sair sem fazer barulho;
- ✓ Colaborar nas atividades;
- ✓ Postura.

Declaro que tomei conhecimento sobre as regras básicas de comportamento a cumprir durante a intervenção em grupo:

A Psicóloga Estagiária,

(Ana Louro Pereira)

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

Programa de Treino de Habilidades Sociais (Folha da Registo)



Nome: _____

Entrada em Grupo: __/__/20__

Saída de grupo: __/__/20__

	Habilidade	Data	Ass. Utente	Ass. Técnico
1.	_____	__/__/__	_____	_____
2.	_____	__/__/__	_____	_____
3.	_____	__/__/__	_____	_____
4.	_____	__/__/__	_____	_____
5.	_____	__/__/__	_____	_____
6.	_____	__/__/__	_____	_____
7.	_____	__/__/__	_____	_____
8.	_____	__/__/__	_____	_____
9.	_____	__/__/__	_____	_____
10.	_____	__/__/__	_____	_____

Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"



Psicóloga Estagiária: Ana Louro Pereira

Data: 2014-04-09

O que são habilidades sociais?

Comportamentos aprendidos verbais e não verbais que requerem iniciativa e respostas e que afetam a relação interpessoal;

Comportamentos considerados como desejáveis que capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as necessidades sejam satisfeitas e satisfaçam as expectativas em relação aos outros;

Habilidades Sociais

Estes comportamentos incluem não só a verbalização como também a expressão facial, a postura, o contato visual, gestos, aparência física, entre outros;

O comportamento do indivíduo deve permitir a sua inclusão ao meio, e o seu desenvolvimento como um adulto confiante e seguro com maiores probabilidades de uma boa saúde mental.

Dimensões comportamentais

Fazer elogios e aceitar elogios; Fazer pedidos e recusar pedidos;
Expressar amor, agrado e afeto; Iniciar e manter conversas;
Defender os próprios direitos;
Expressar opiniões pessoais, inclusive desacordo;
Expressar incômodo, desagrado;
Pedir a mudança de conduta do outro;
Desculpar-se ou admitir ignorância; Enfrentar as críticas; Falar em público.

Principais Contextos



Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"

Objetivos

- Aumentar a autoestima e motivação, aliada à promoção do bem-estar do grupo;
- Fortalecer uma relação saudável entre o grupo;
- Proporcionar estratégias para organizar o comportamento em grupo;
- Aprender a auto reforçar;
- Aumentar o autoconceito;
- Proporcionar estratégias para organizar o comportamento em grupo;
- Fortalecer o comportamento assertivo;
- Conhecer os estilos de relacionamento interpessoal;
- Treinar a expressão do sentimento.

Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"

Sessões

Sessão 1 (Objetivos)	Sessão 2	Sessão 3
<p>Dar a conhecer aspectos globais do programa;</p> <p>Promover e facilitar o autoconhecimento e conhecimento mútuo;</p> <p>Identificar e explorar expectativas face ao programa e quais os seus medos;</p> <p>Promover a interação e a coesão no grupo;</p> <p>Estabelecer um contrato.</p>	<p>Comunicação Verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais</p>	<p>Ser bom ouvinte</p>

Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"

Sessões

Sessão 4

④ Saber dar e receber elogios... e críticas

Sessão 5

④ Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo; passivo e assertivo)

Sessão 6

④ Acordos e Desacordos

Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"

Sessões

Sessão 7

④ Saber assertivo perante a injustiça ou agressividade

Sessão 8

④ Treino de Resolução de Problemas Interpessoais

Sessão 9

④ Projeto de Vida

Sessão 10

④ Entrevista de emprego;
④ Conclusão

Power Point “A Comunicação”

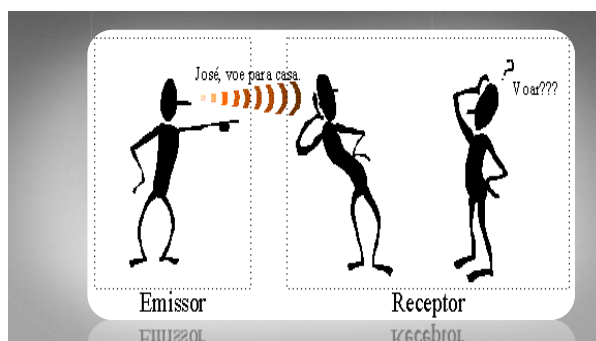
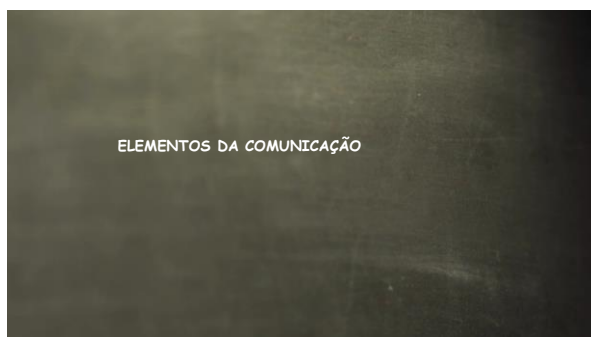
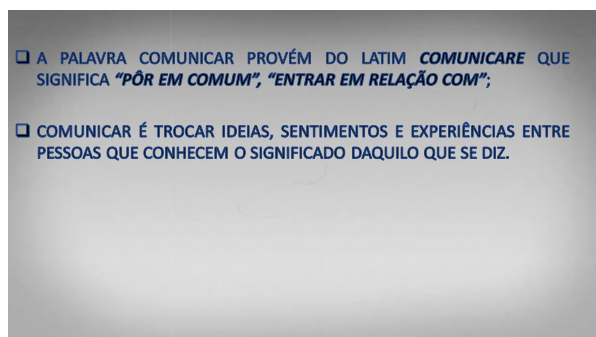
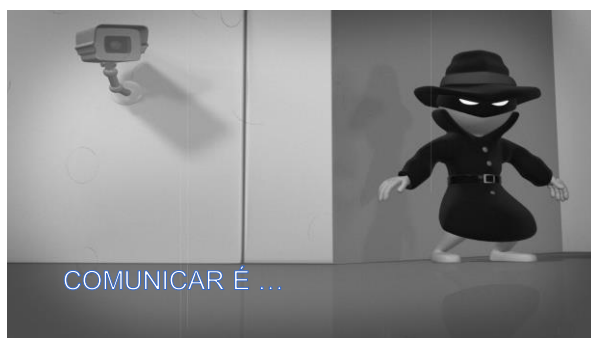
Grelha de Registo

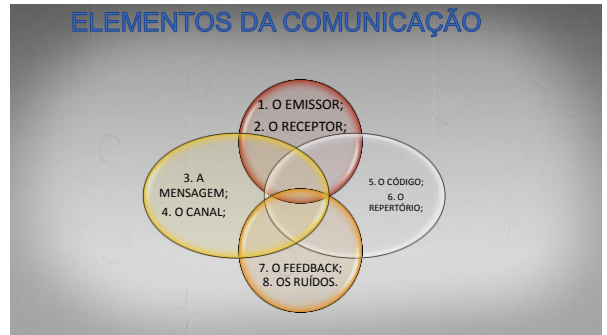
Cartões Expressões Faciais

Cartões Posturas Corporais

“Que Emoções? Que Sentimentos?”

Ficha de Recordação





ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

1- O EMISSOR: É O INDIVÍDUO QUE EMITE OU TRANSMITE A MENSAGEM, ATRAVÉS DE UM CÓDIGO CONHECIDO PELO EMISSOR E PELO RECEPTOR.

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

2- O RECEPTOR: É AQUELE A QUEM SE DIRIGE A MENSAGEM E QUE TEM DE A DESCODIFICAR. ESTE SERÁ MAIS RECEPTIVO QUANTO MAIOR FOR A SUA ABERTURA AO OUTRO.

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

3. A MENSAGEM:
É O CONTEÚDO DA COMUNICAÇÃO OU O CONJUNTO DE SINAIS COM SIGNIFICADO.

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

4- O CANAL: É TODO O SUPORTE QUE SERVE DE LIGAÇÃO A UMA MENSAGEM. EX: A CARTA, A TV, O RÁDIO, A INTERNET, O AR, ETC.




ELEMENTOS DA LINGUAGEM

5. O CÓDIGO: É UM CONJUNTO DE SINAIS, SIGNOS E REGRAS DE UTILIZAÇÃO. PARA QUE HAJA COMUNICAÇÃO É NECESSÁRIO QUE O EMISSOR E O RECEPTOR CONHEÇAM O CÓDIGO UTILIZADO.

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

6. O REPERTÓRIO:


É O CONJUNTO DE CONHECIMENTOS COMUNS AO EMISSOR E AO RECEPTOR QUE PERMITEM A CODIFICAÇÃO E DESCODIFICAÇÃO DA MENSAGEM.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO


7- O FEEDBACK:

- ❑ É AQUILO (INFORMAÇÃO DE RETORNO) QUE PERMITE AO EMISSOR SABER SE A SUA MENSAGEM FOI DEVIDAMENTE RECEBIDA E COMPREENDIDA;
- ❑ O FEEDBACK (CONFIRMAÇÃO DA MENSAGEM) PERMITE-NOS DECIDIR QUAIS OS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO QUE, POSTERIORMENTE, DEVEREMOS UTILIZAR, PARA OBTER O EFEITO DESEJADO.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

8- RUÍDOS: SÃO AS INTERFERÊNCIAS QUE PERTURBAM OU DIFICULTAM A COMUNICAÇÃO, TORNANDO DIFÍCIL A RECEPÇÃO E DESCODIFICAÇÃO DA MENSAGEM.



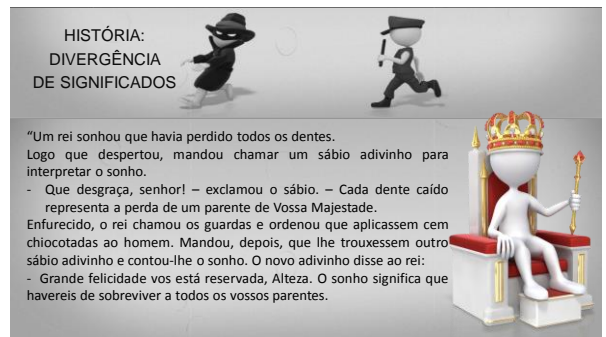
NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TEMOS DE TER PRESENTE NÃO SÓ O SIGNIFICADO QUE DAMOS ÀS COISAS, PALAVRAS E EXPRESSÕES, MAS AOS POSSÍVEIS SIGNIFICADOS, QUE AS OUTRAS PESSOAS, LHESS POSSAM DAR.

HISTÓRIA:
DIVERGÊNCIA DE SIGNIFICADOS

"Um rei sonhou que havia perdido todos os dentes. Logo que despertou, mandou chamar um sábio adivinho para interpretar o sonho.

- Que desgraça, senhor! – exclamou o sábio. – Cada dente caído representa a perda de um parente de Vossa Majestade. Enfurecido, o rei chamou os guardas e ordenou que aplicassem cem chicotadas ao homem. Mandou, depois, que lhe trouxessem outro sábio adivinho e contou-lhe o sonho. O novo adivinho disse ao rei:

- Grande felicidade vos está reservada, Alteza. O sonho significa que haveis de sobreviver a todos os vossos parentes.



HISTÓRIA: DIVERGÊNCIA DE SIGNIFICADOS



A fisionomia do rei iluminou-se imediatamente num sorriso e mandou dar cem moedas de ouro ao adivinho. Quando o homem saiu do palácio, um dos cortesãos disse-lhe admirado:

- Não é possível! A interpretação que fez foi a mesma do seu colega. Não entendo porque ao primeiro ele pagou com cem chicotadas e a si com cem moedas de ouro.
- Lembre-se, meu amigo – reagiu o adivinho – tudo depende da maneira como se diz ...”



FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO



1- FUNÇÃO INFORMATIVA: UMA DAS PRINCIPAIS FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO É A DE TRANSMITIR INFORMAÇÕES ACERCA DA REALIDADE.

COMO É ÓBVIO É NECESSÁRIO
DIFUNDIR OS CONHECIMENTOS
PARA QUE SEJA POSSÍVEL FORMULAR
OPINIÕES ACERCA DA REALIDADE
QUE NOS RODEIA.



FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

2- FUNÇÃO EMOTIVA:

A COMUNICAÇÃO PERMITE DAR
A CONHECER ESTADOS DE
ESPÍRITO OU EMOÇÕES.
EXEMPLO: HOJE É O DIA MAIS
FELIZ DA MINHA VIDA.



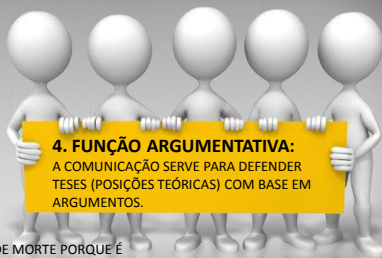
FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

3. FUNÇÃO DE SOCIALIZAÇÃO:

A COMUNICAÇÃO PERMITE A INTEGRAÇÃO DOS INDIVÍDUOS NOS GRUPOS DADO QUE
ATRAVÉS DELA, O INDIVÍDUO APRENDE A VIVÊNCIA DAS REGRAS E DAS NORMAS DA
SOCIEDADE, FAZENDO-AS SUAS.



FUNÇÕES DA LINGUAGEM



4. FUNÇÃO ARGUMENTATIVA:

A COMUNICAÇÃO SERVE PARA DEFENDER TESES (POSIÇÕES TEÓRICAS) COM BASE EM ARGUMENTOS.

EXEMPLO:

EU SOU CONTRA A PENA DE MORTE PORQUE É CRUEL TIRAR A VIDA A UM SER HUMANO.

FORMAS DE COMUNICAÇÃO LINGUAGEM VERBAL/NÃO - VERBAL

TIPOS DE COMUNICAÇÃO



1. COMUNICAÇÃO VERBAL:

É a forma privilegiada de comunicação.



2. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL:

É através da CNV que transmitimos muitas das nossas emoções e dos nossos sentimentos.

TIPOS

1. COMUNICAÇÃO VERBAL ESCRITA

EXEMPLOS: Livros, cartões, cartas, jornais, telegramas, etc.

2. COMUNICAÇÃO VERBAL ORAL

EXEMPLOS: Rádio, TV, telefone, diálogo entre duas ou mais pessoas, etc.

1. COMUNICAÇÃO VERBAL

AQUILO QUE SE DIZ: EXPRESSÃO DE IDEIAS, DESEJOS, OPINIÕES, VALORES, etc.



2. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

PROCESSA-SE ATRAVÉS DE GESTOS, DAS POSTURAS, DAS EXPRESSÕES FACIAIS, DAS UTILIZAÇÕES DA VOZ E DO SILÊNCIO, DO VESTUÁRIO, ETC.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

POSTURA

A posição do corpo é determinante para a qualidade da comunicação.

Uma postura rígida pode significar resistência à comunicação. Uma postura ligeiramente inclinada para o interlocutor favorece a escuta e a empatia.

Os braços cruzados podem significar que se discorda daquilo que se ouve.

As mãos entrelaçadas podem revelar uma atitude ansiosa, reprimida ou negativa.

Esfregar as palmas das mãos pode ser interpretado como querendo comunicar expectativas positivas.



COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



GESTOS

Acompanham a linguagem falada e reforçam a comunicação. Nós fazemos determinados gestos para dizermos sim ou não, para mostrar-mos aborrecimento, ternura, alegria, ira, etc. Cruzar os braços sobre o tronco pode ser interpretado como defensivo. A palma da mão fechada com o dedo apontado, pode ser interpretado como um sinal de ameaça.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

EXPRESSIONES FACIAIS



O nosso corpo também fala.

Se observarmos alguém com uma expressão tensa e crispada, imediatamente podemos inferir do seu estado emocional.

Se olharmos o nosso interlocutor por cima dos óculos pode ser interpretado como sinal de desconfiança.

Franzir a sobrancelha enquanto o nosso interlocutor se manifesta, pode bloquear a sua comunicação.



COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



CONTACTO VISUAL

AUSÊNCIA: Significa desinteresse, ansiedade ou desonestidade.
PRESENÇA: Olhar o outro nos olhos tende a ser interpretado como sinal de sinceridade. Contudo, se o olhar for fixo, pode significar desafio e agressividade.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



TOQUE

O contacto físico está muito dependente da cultura.

O modo como se toca o outro exprime uma série de sentimentos, como seja o ódio, o amor, a ansiedade, o desprezo, o medo, etc.

Um ligeiro toque faz com que as pessoas tocadas respondam mais favoravelmente às questões e recordem com maior probabilidade a pessoa que o tocou.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

SILÊNCIO

Fazem parte integrante da comunicação: para escutar o outro é preciso estar em silêncio.

Muitas vezes são embaraçosos.

Podem ser um momento de profunda troca de emoções e sentimentos.

INTERPRETAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



INTERPRETAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



INTERPRETAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



INTERPRETAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



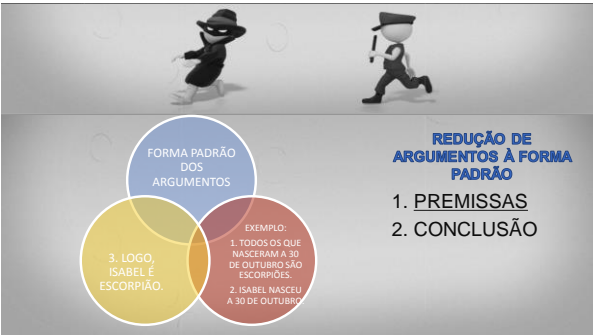
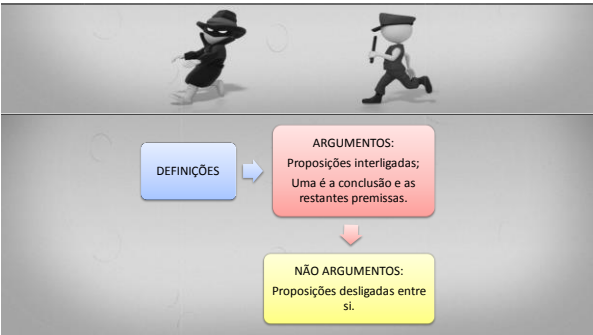
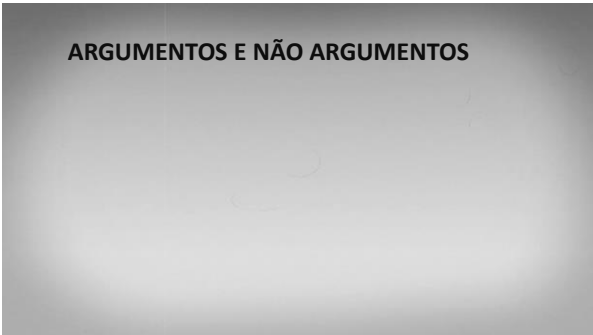
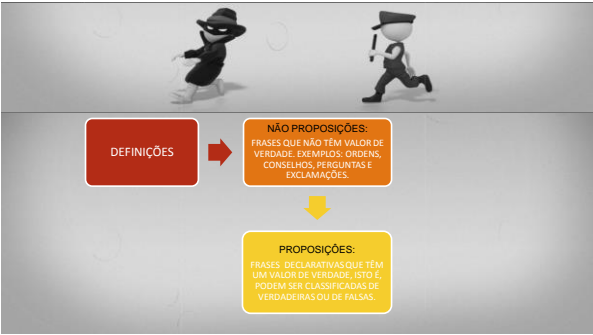
INTERPRETAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

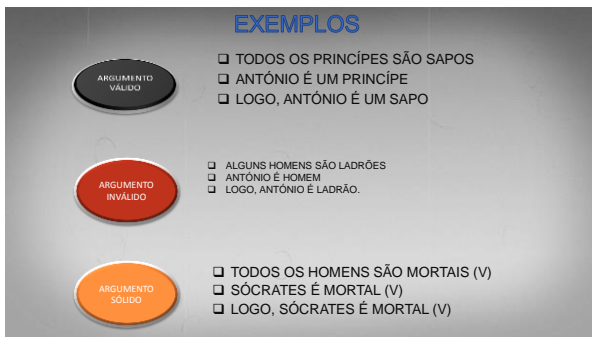
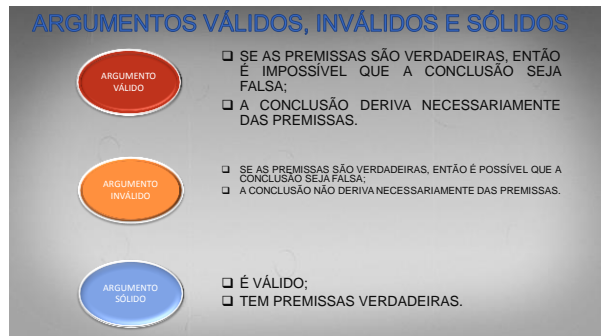
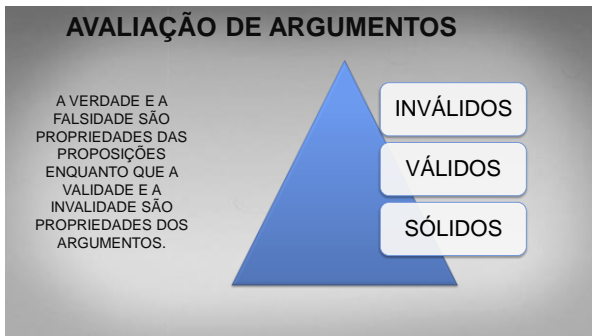
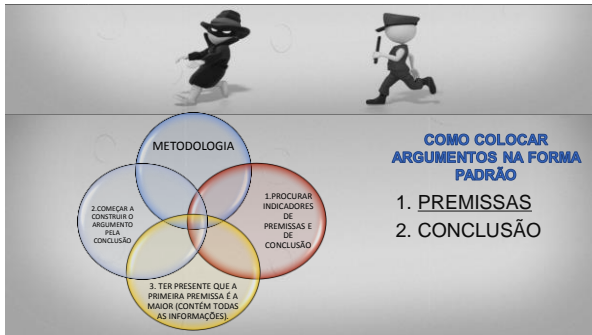


O PODER DA LINGUAGEM



COMUNICAÇÃO E ARGUMENTAÇÃO





Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Grelha de Registo: Cartões Emoções e Sentimentos

O que transmite...?!

Cartão 1 _____

Cartão 2 _____

Cartão 3 _____

Cartão 4 _____

Cartão 5 _____

Cartão 6 _____

Cartão 7 _____

Cartão 8 _____

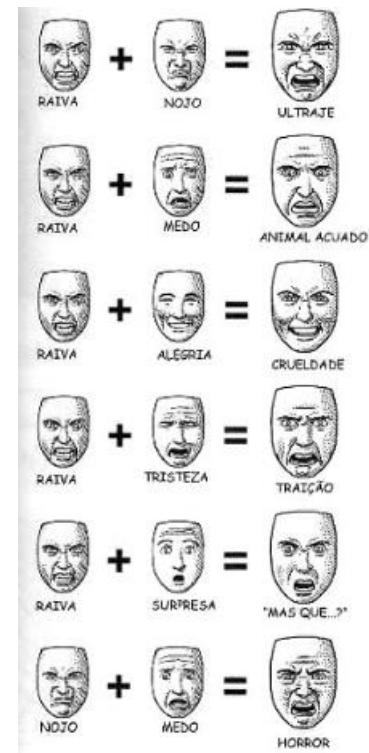
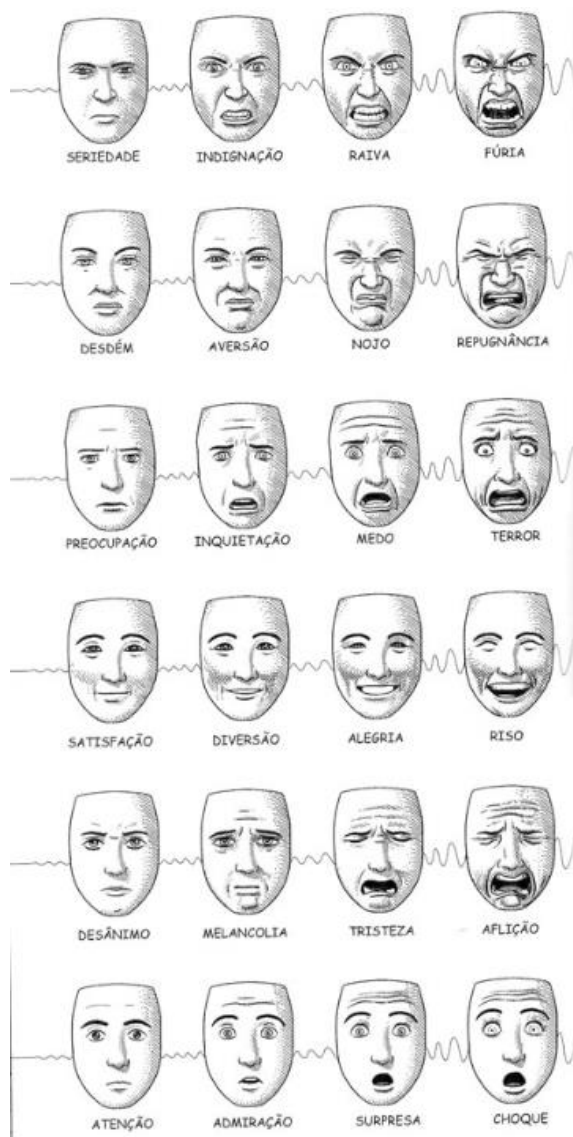
Cartão 9 _____

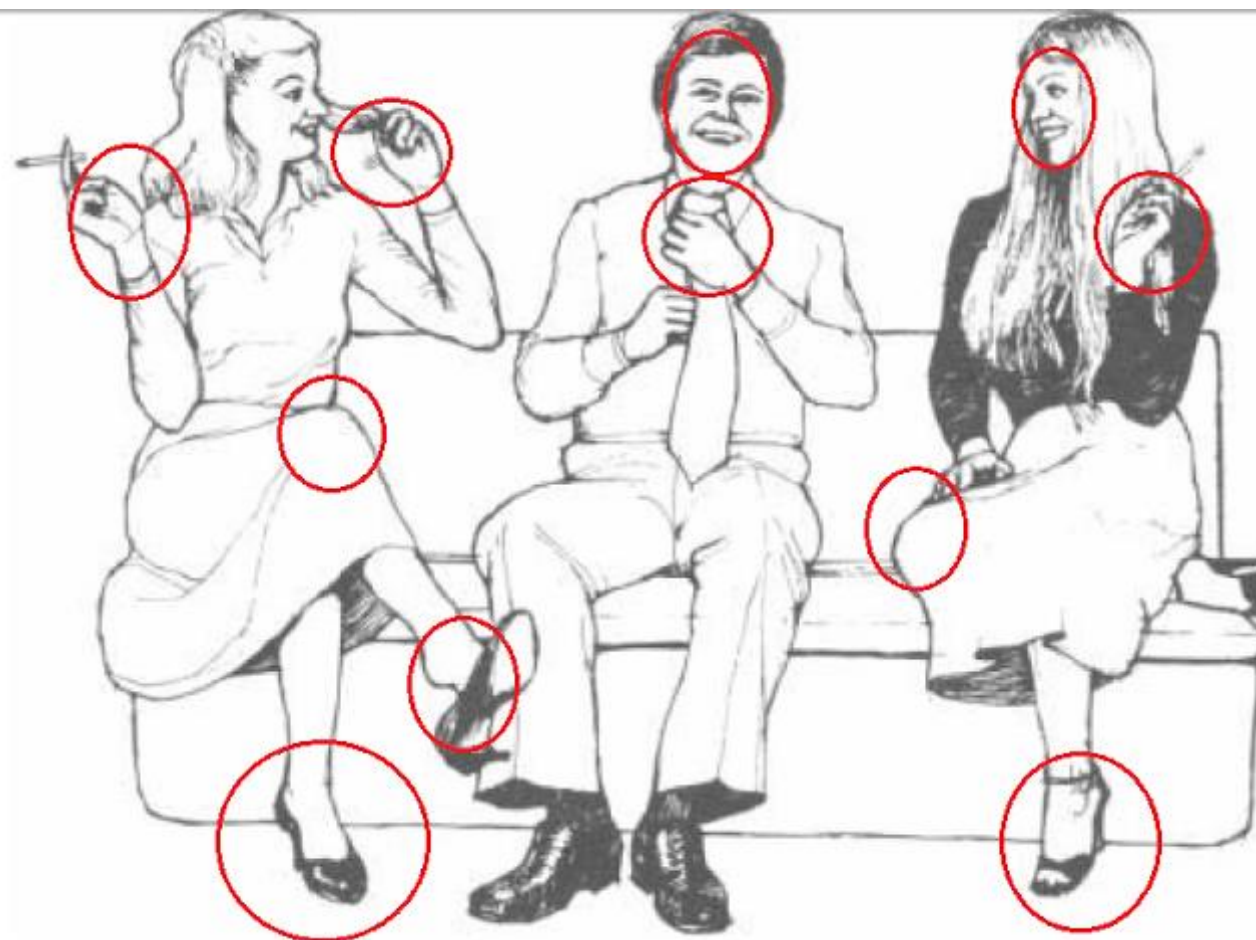
Cartão 10 _____

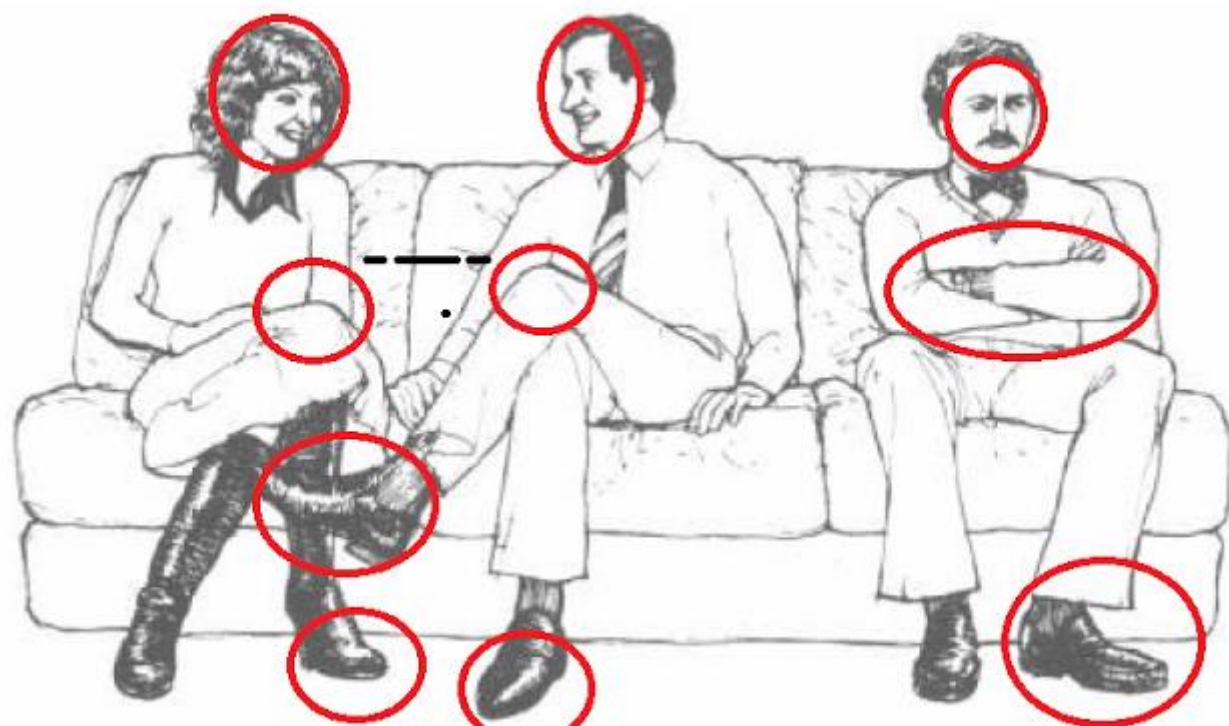
Nome: _____

Data: __/__/____









Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Após a visualização e exposição da Apresentação sobre o tema “O que é a comunicação? O que é que as expressões faciais e as posturas corporais transmitem?”, responde às seguintes questões:

O que é a Comunicação?

O que são as emoções?

O que são os sentimentos?

Nome: _____

Data: __/__/____

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

SESSÃO III

Folha de Instruções

Ficha de Recordação

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



As instruções são as seguintes:

Participante A - Conta o teu último fim-de-semana (que atividades fizeste, de quem estiveste mais próximo, quais os sentimentos que viveste, em que setor ficaste ou no caso de ter ido a casa no fim-de-semana mencionar outros);

Participante B - Não pode falar nem olhar para os outros elementos (olha para o chão ou para o lado);

Participante C - Não pode falar nem deves olhar sempre para o elemento que começar a falar e de vez em quando deves movimentar a cabeça como se estivesses a concordar.

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

SESSÃO IV

Ficha de Recordação

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

Power Point “Estilos de Comunicação”

Ficha de Recordação

Intervenção em Grupo

"Programa de Treino de Habilidades Sociais"
Estilos de Comunicação



Psicóloga Estagiária: Ana Louro Pereira

Data: 2014-05-02

OS ELEMENTOS E AS CARACTERÍSTICAS DA COMUNICAÇÃO

O CONCEITO DE COMUNICAÇÃO

Comunicar, significa:

- "Pôr em comum".
- "Entrar em relação com".
- "Trocar".
- Promover a satisfação.

COMUNICAÇÃO

O quê ?

- Ideias
- Conhecimentos
- Sentimentos
- Experiências
- Valores
- Crenças
- Opiniões



Entre quem?

- Pessoas que conhecem o significado do que se diz ou faz.

DIFERENTES ESTILOS DE COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS

Passivo

Agressivo

Assertivo

Estilo Passivo

- O sujeito passivo não respeita os seus sentimentos, os seus pensamentos nem as suas necessidades. Desvaloriza-se, na relação com os outros.
- O sujeito passivo não escolhe o seu próprio lugar, não se impõe. Ele aceita tudo dos outros, sem nada pedir para si próprio.
- O indivíduo passivo diz ao outro:
"Desculpe por estar aqui ...Faça como se eu não estivesse cá ... Não se preocupe comigo ... Eu não sou importante."

Estilo Passivo

- O passivo não se respeita a si próprio



Estilo Passivo

- O sujeito passivo não toma iniciativas, não se realiza e raramente atinge os seus objetivos.
- **Estilo passivo:**
 - Consequências:
- Desenvolve ressentimentos e rancores, porque sente que é explorado e diminuído.
- Comunica deficientemente, porque não se afirma e raramente se manifesta. Os outros não conhecem os seus desejos, necessidades e interesses.

Estilo Passivo

- Utiliza mal a sua energia vital, porque a sua inteligência e afetividade são frequentemente utilizadas para se defender e fugir às situações;
- Perde o respeito por si próprio. Faz coisas que não gosta;
- Sofre.



Estilo Passivo

- **Sinais de identificação:**
 - Roer as unhas;
 - Mexer os músculos da face, rangendo os dentes;
 - Riso nervoso;
 - Estar frequentemente ansioso;
 - Ter insónias.
- **Origem da atitude passiva:**
 - Falsa representação da realidade e deficiente apreciação e interpretação das relações de poder;
 - Fantasmas sobre o poder dos outros;
 - Desvalorização das suas capacidades para resolver problemas;
 - Educação severa e ambiente difícil onde vivenciou frustrações.



Estilo Passivo

- **Sinais de identificação:**
 - Roer as unhas;
 - Mexer os músculos da face, rangendo os dentes;
 - Riso nervoso;
 - Estar frequentemente ansioso;
 - Ter insónias.
- **Origem da atitude passiva:**
 - Falsa representação da realidade e deficiente apreciação e interpretação das relações de poder;
 - Fantasmas sobre o poder dos outros;
 - Desvalorização das suas capacidades para resolver problemas;
 - Educação severa e ambiente difícil onde vivenciou frustrações.



Estilo Agressivo

- A agressão corresponde a um ato que diminui os direitos das outras pessoas.
- O agressivo é hostil, quer por palavras, quer através de ações, não reconhecendo os outros como seres iguais a si, com direito a exprimirem os seus sentimentos, pensamentos e necessidades.
- O agressivo pretende impor-se às outras pessoas, fazendo prevalecer a sua presença e os seus interesses.

Estilo Agressivo

- De um modo geral, este comportamento é eficaz, relativamente aos fins que visa, se produz o medo nos outros e os submete.
- Porém, se o **agressivo** desencadeia a cólera no outro indivíduo, o seu comportamento é ineficaz. De qualquer modo, o **agressivo** nunca é bem aceite pelos outros.
- O agressivo:
- Utiliza muitas vezes a coação, a ameaça ou a punição para atingir os seus objetivos. Ele rebaixa, ridiculariza e inferioriza os outros.
- A sua expressão não verbal é ameaçadora e gera medo.
- Tem uma grande necessidade de se mostrar superior aos outros, é reivindicativo e crítico em relação ao que os outros fazem e dizem.

Estilo Agressivo

- O seu objetivo é dominar os outros, humilhando-os e controlando-os.
- Se o agressivo tem um estatuto dominante, ele apresenta-se:
 - Frio, autoritário, intolerante e crítico.
- Se o agressivo se encontra numa situação de subordinado, ele é:
 - Contestatário e hostil



Estilo Agressivo

- Na relação com o outro, **o agressivo**:
 - Não olha o interlocutor de frente.
 - É irónico.
 - Faz barulho enquanto os outros falam.
 - Faz comentários desagradáveis, em voz baixa quando os outros estão a intervir.
 - Fala alto.
 - Interrompe os outros.
 - Quer ser ele a ter sempre a palavra; recorre a imagens que chocam.
- O **agressivo** é ineficaz nas Relações Interpessoais, porque receia sofrer, ser vítima dos outros, e vivenciar frustrações.
- Por isso, ele ataca primeiro, como meio de defesa.
- De certo modo, o **agressivo** é um indivíduo que é dominado pelo medo e que reage desse modo, para o afastar.

Estilo Agressivo

- **Estilo agressivo:**
 - Consequências:
 - Falta de informação útil, porque os outros não o informam.
 - Perde a amizade, a consideração e o amor dos outros.
 - Sente-se frustrado, porque não satisfaz o seu desejo de ser amado.
 - Gasta muita energia.
- Alibis:
 - "Neste mundo é preciso o homem saber impor-se".
 - "Prefiro ser lobo a ser cordeiro".
 - "As pessoas gostam de ser guiadas por um temperamento forte".
 - "Se não me defendesse seria devorado".
 - "Os outros são uns imbecis".
 - "Só os fracos e os hipersensíveis é que se podem sentir agredidos".

Estilo Assertivo

- Comunicar de forma assertiva é exprimir os seus pensamentos, os seus sentimentos e os seus pontos de vista de forma clara, honesta e apropriada.
- O sujeito que se auto-afirma, respeita-se a si próprio e respeita os outros.
- Esta forma de comunicar implica:
 - O respeito do indivíduo por si próprio, ao exprimir os seus gostos, interesses, desejos e direitos;
 - O respeito pelos outros, pelos seus gostos, ideias, necessidades e direitos;



Estilo Assertivo

- Comunicar de forma assertiva é dizer aos outros:
 - "Eis o que penso, eis o que sinto, é este o meu ponto de vista. Porém, estou pronto para te ouvir e compreender o que pensas, o que sentes e qual o teu ponto de vista".
- Comunicar de forma assertiva é dizer ao outro:
 - "Eu sou importante, tanto quanto tu; compreendemo-nos mutuamente."
- Este comportamento é geralmente eficaz quando se pretende atingir determinado fim, porque permite estabelecer compromissos que visem a satisfação de quem se afirma e a satisfação dos outros.



Estilo Assertivo

- **Porque temos dificuldade em comunicar de forma assertiva?**
 - De um modo geral, podemos dizer que ao longo da nossa escolaridade e vivência social, não fomos motivados para desenvolver a capacidade de exprimirmos os nossos pensamentos e os nossos sentimentos.
 - Os pais ensinam os filhos a serem limpos, bem educados, e a comer corretamente. Mas pouco tempo dedicam a dizerem de forma afirmativa o que pensam e sentem.
 - Os professores, ao longo da escolaridade, estão muito mais preocupados com a aprendizagem da escrita e dos números e com a aquisição de saberes do que com o desenvolvimento da pessoa, no sentido de a preparar para se afirmar perante os outros.
 - Por outro lado, a sociedade de um modo geral, ou melhor, as forças sociais, apelam para um tipo de relações humanas demasiado mistificadas, baseadas na dicotomia autoridade/obediência onde a boa relação parece ter subjacente uma certa submissão e ajustamento ao pensamento dos outros (mais poderosos), à custa de não afirmação de si.
- **O comportamento assertivo é aprendido.**

Estilo Assertivo

• Estilo Assertivo

• Características:

O sujeito que se afirma:

- Evidencia os seus direitos e admite a sua legitimidade sem ir contra os direitos dos outros.
- Pronuncia-se de forma serena e construtiva.
- Desenvolve a sua capacidade de se relacionar com o mundo e com os outros.
- Privilegia a responsabilidade individual.
- Está à vontade na relação face a face.
- É verdadeiro consigo e com os outros.
- Coloca as coisas muito claramente e negocia na base de objetivos precisos.
- Procura compromissos realistas em caso de desacordo.
- Não deixa que o pisem.

FIM

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

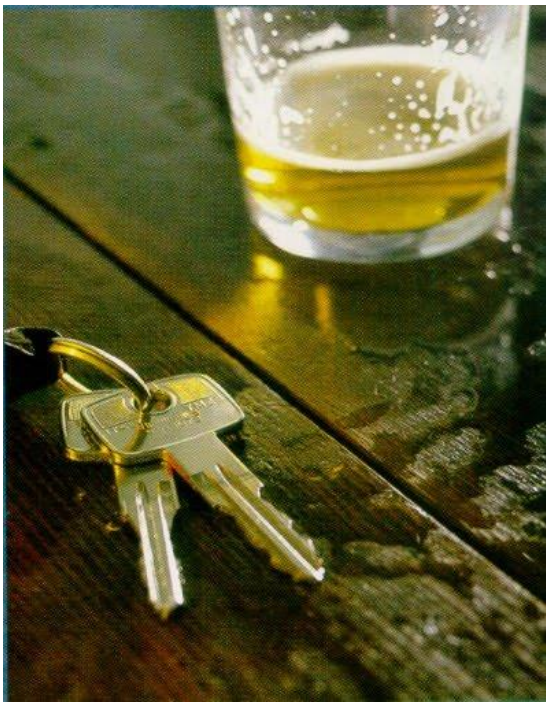
Data: __/__/____

SESSÃO VI

Cartões

Ficha de Avaliação Intermédia

Ficha de Recordação









Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Ficha de Avaliação Intermédia

De que forma é que o programa te tem ajudado?:

Expectativas para as próximas sessões:

Nome: _____

Data: __/__/____

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

SESSÃO VII

História do Ricardo
Ficha de Recordação



História do Ricardo

“O Ricardo dirigia-se para o local onde estavam os seus amigos quando um rapaz, que se encontrava no seu caminho, lhe passa uma rasteira. O Ricardo, que não estava à espera, caiu ao chão. Ao levantar-se repara que o seu relógio ficou com o vidro partido. Enquanto o Ricardo olhava para o relógio, o outro rapaz aproximou-se dele e empurrou-o novamente, fazendo-o cair de novo. O Ricardo, já muito irritado, levantou-se, dirigiu-se a ele...”

- Como acham que se sente o Ricardo?
- E o outro rapaz?
- Na vossa opinião, o que deverá fazer o Ricardo nesta situação?
- Qual será a melhor solução para este conflito?

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

Ficha “Detetive em ação”

Ficha “Atividade de Resolução de Problemas”

Ficha de Recordação

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Detetive em Ação

- ✓ Definir o problema;
- ✓ Estabelecer objetivos realistas;
- ✓ Elaborar várias alternativas possíveis;
- ✓ Avaliar os prós e contras de cada solução proposta e escolher a mais favorável;
- ✓ Delinear os passos necessários para a implementar;
- ✓ Implementar a solução escolhida;
- ✓ Avaliar os resultados dos esforços e reiniciar o processo se o problema não for resolvido adequadamente.



Atividade de Resolução de Problemas

PROBLEMA A:

Parece que toda a gente tem amigos exceto tu. És demasiado tímido para te apresentares a pessoas que não conheces. Nunca sabes o que dizer. Estás cansado de sentir-te sozinho.

PROBLEMA B:

Alguns colegas mais velhos agarram os mais novos e roubam-lhes pertences. Ultimamente estes colegas mais velhos andam atrás de ti.

PROBLEMA C:

Dois ou três colegas estão constantemente a perturbar as tuas tarefas. O teu terapeuta fica furioso e castiga todos os colegas com tarefas adicionais. Tu e os teus colegas estão fartos desta situação.

PROBLEMA D:

Sempre que saís com um dos teus colegas, ele rouba. Tu gostas mesmo deste teu colega e não o queres perder. No entanto, também não queres ser preso por roubo.

PROBLEMA E:

Um dos teus colegas é mau. Não interessa o que tu fazes. Ele arranja sempre maneira de implicar contigo. Quando tentas falar com outro

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



colega sobre isso, ele defende-o e diz que tens de dar-lhe tempo ou aceitá-lo.

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

SESSÃO IX

Ficha de Recordação

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

SESSÃO X

Ficha de Avaliação Final do PTHS

Sessão de Relaxamento

Ficha de Recordação

Prémio

“A minha capa”

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



		Nada Eficaz	Pouco Eficaz	Razoável	Muito Eficaz	Muitíssimo Eficaz
Atividades	Objetivos Específicos					
Descrição da Sessão	Dificuldades no Discurso	1	2	3	4	5
	Atenção em Ouvir os colegas	1	2	3	4	5
	Capacidade de Partilha	1	2	3	4	5
	Motivação em Ouvir	1	2	3	4	5
	Nível de Empenho no grupo (aceitação/ ajuda)	1	2	3	4	5
Dinâmica	Pertinência do Tema	1	2	3	4	5
	Nível de Atenção (aprender a conhecer)	1	2	3	4	5
	Nível de Envolvimento (participação)	1	2	3	4	5
	Nível de Dificuldade	1	2	3	4	5
	Nível de Aceitação	1	2	3	4	5
	Nível de Atribuição (aprender a fazer)	1	2	3	4	5
	Nível de Justificação	1	2	3	4	5
Apreciação Pessoal	Facilidade de Comunicação	1	2	3	4	5
	Atitude de Responsabilidade (aprender a ser)	1	2	3	4	5
	Produtivo	1	2	3	4	5
	Negativo	1	2	3	4	5
Apreciação Geral		1	2	3	4	5

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Género: M ☐ F ☐

Idade:

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐

Cidade:

1. A dinâmica de intervenção em grupo “Treino de Habilidades Sociais” foi importante para ti? Porquê?

2. Como te sentes após o Grupo de Habilidades Sociais? Justifica a tua resposta.

RELAXAMENTO TERAPÊUTICO

– Plano esquemático da sessão –



Objectivo geral:

- Contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico e relaxamento dos utentes.

Objectivos específicos:

- Reduzir os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma;
- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular a expressão de sentimentos/emoções;
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva;
- Reforçar a relação de terapêutica técnico/utente.

Destinatários: Utes do CSSB-PH - Grupo Álcool

Contexto: Estágio

Data: 21 de Maio de 2014

Hora: 15:30 horas

Local: CSSB-PH-CT: Sala União

Tempo: 30 minutos

Técnicos: Psicóloga Estagiária

CONTEÚDOS	TEMPO	METODOLOGIA	MATERIAIS PEDAGÓGICOS
Apresentação da sessão; Apresentação dos objectivos: motivação; Apresentação dos participantes;	2 min	Expositiva	Colchões, dispositivo de reprodução áudio, CD de música
Postura corporal; Exercícios: - Musculatura da face - Musculatura ombro e braços - Respiração (<i>vide</i> “descrição”)	5 min	Adaptação do método de relax. muscular progressivo de Jacobson	
Sintonização de repouso; Exercícios: - Respiração - Peso (cabeça, braços, pés); Manobras de retrocesso (<i>vide</i> “descrição”)	15 min	Adaptação do método Autogeno de Schultz	

A TER EM CONTA DURANTE A SESSÃO:

- Verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições “lisas”.

A TER EM CONTA NO FINAL DA SESSÃO:

- Expressão de sentimentos/ emoções/ experiência individuais com o grupo.

Ficha de Recordação



Esta ficha de recordação serve para descreveres o que sentiste nesta primeira sessão e descreveres o que foi feito na sessão.

O que senti:

O que foi feito:

Nome: _____

Data: __/__/____

*Procure ter sempre uma
Atitude positiva perante a vida!
Verá que os seus problemas
Se resolvem mais facilmente.*



*Faça uma coisa de cada vez.
Confie nas suas capacidades.*



Sorrir para a Vida!



*Não deixe a vida passar,
Viva cada momento.
Cada segundo...*



*Nunca desista.
Lute pelo que quer,
não desista!*



*dos seus talentos. Ficarà
espantado com tudo aquilo
que sabe fazer.*



*Perdoe aqueles que
Por qualquer razão a
magoaram. No fim, ficará leve
como uma pena.*



*Acarinhe as suas memórias do
passado, mas procure
sobretudo recordar-se
daqueles momentos que um dia
o fizeram sorrir.*



*Tente sempre dar o melhor
Daquilo que tem
Mesmo que lhe pareça pouco,
Ficarà admirada com o seu
valor!*



*Procure sempre acordar
Com um belo sorriso!
Verá que terá mais saúde,
felicidade e bem-estar!*



Acredite sempre em si!



*Procure estabelecer todos os
dias um pequeno objectivo!
Avance por etapas!*



*Fuja dos desmotivados!
Aproxime-se de pessoas
positivas, que encaram a vida
com optimismo e que lutam
pelos seus sonhos!*



Centro de Solidariedade Social – Projecto Homem

“Programa de Treino de Habilidades Sociais”

A MINHA CAPA



Estagiária:
Ana Louro Pereira

Nome: _____

ANEXO IXX

Plano do PTHS

Plano de Intervenção em Grupo



Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool
1ª Sessão: “O Encontro”

Sessão n.º1 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessão n.º 1 ➤ 2014-04-09 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “O Encontro” ➤ 1h00/1h30 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar a aliança terapêutica e apresentar os objetivos do treino. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar a conhecer aspetos globais do programa; ➤ Promover e facilitar o autoconhecimento e o conhecimento mútuo; ➤ Identificar e explorar expectativas face ao programa e quais os seus medos; ➤ Promover a interação e a coesão do grupo; ➤ Estabelecer um contrato com os utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposição ao tema "Habilidades Sociais"; ➤ Dinâmica: "As minhas características"; ➤ Dinâmica: "Penso que..."; ➤ Dinâmica: "Quem é Quem?" 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador ➤ Projetor; ➤ Cartões brancos, ➤ Venda/ Lenço preto; ➤ Folha de contrato; ➤ Ficha de recordação; ➤ Cartões verdes; ➤ Folha de registo de presença.

Plano de Intervenção em Grupo



Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool

2ª Sessão: “Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais”

Sessão n.º2 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessão n.º 2 ➤ 2014-04-16 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais” ➤ 1h00/1h30 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilizar e dar a conhecer a importância e os diferentes tipos de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilizar para a importância da comunicação não-verbal no estabelecimento de relacionamento interpessoal; ➤ Explorar e dar a conhecer as diferentes dimensões não-verbais da comunicação e o seu impacto nos outros; ➤ Treinar e identificar as competências não-verbais de comunicação; ➤ Treino da identificação das expressões faciais e posturas corporais. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debate: "O que é a comunicação? O que é que as expressões faciais e as posturas corporais nos transmitem?"; ➤ Dinâmica: "Adivinha o sentimento". 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador ➤ Projetor; ➤ Cartões brancos, ➤ Folha A4; ➤ Cartões com expressões faciais, posturas corporais ➤ Grelhas de registo; ➤ Ficha de recordação; ➤ Cartões verdes; ➤ Folha de registo de presença.

Plano de Intervenção em Grupo



Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool
3ª Sessão: “Ser Bom Ouvinte”

Sessão n.º3 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessão n.º 3 ➤ 2014-04-23 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Ser Bom Ouvinte” ➤ 1h00/1h30 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidenciar para a importância dos aspetos não-verbais. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumentar a consciência da importância dos aspetos não-verbais que caracterizam o bom ouvinte (contacto visual/ ocular e movimento da cabeça). Aprender não só a ouvir como a escutar atentamente o que lhes está a ser transmitido; ➤ Incrementar o conhecimento dos próprios desejos e necessidades e aprender a comunicá-lo aos outros. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinâmica: "Quem escuta melhor?" - Folha com instruções; ➤ Dinâmica: Desenha o teu sonho e transmite-o aos outros. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Folha de instruções; ➤ Folhas A4; ➤ Lápis e canetas de cor; ➤ Ficha de recordação; ➤ Cartões verdes; ➤ Folha de registo de presença.



Plano de Intervenção em Grupo

Treino de Habilidades Sociais 2014

Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica

Grupo Álcool

4ª Sessão: “Saber dar e receber elogios... e críticas”

Sessão n.º4 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none">➤ Sessão n.º 4➤ 2014-04-30	<ul style="list-style-type: none">➤ “Saber dar e receber elogios... e críticas”➤ 1h00/1h30	<ul style="list-style-type: none">➤ Evidenciar para a importância do elogio na expressão de sentimento.	<ul style="list-style-type: none">➤ Diminuir a dificuldade de auto análise, de exprimir apreciações sobre si próprio e sobre os outros, de aceitar as críticas dos outros e de refletir sobre elas;➤ Tomar consciência da importância do elogio nas relações interpessoais;➤ Treinar a expressão de sentimento.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dinâmica: "Como me vejo”;➤ Dinâmica: “Elogiar os outros”.	<ul style="list-style-type: none">➤ Folhas A4;➤ Folhas de cartolina;➤ Canetas de cor;➤ Ficha de recordação;➤ Cartões verdes;➤ Folha de registo de presença.

Plano de Intervenção em Grupo



Treino de Habilidades Sociais 2014

Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica

Grupo Álcool

5ª Sessão: “Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)”

Sessão n.º 5 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessão n.º 5 ➤ 2014-05-02 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo” ➤ 1h00/1h30 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar a conhecer os diferentes estilos de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer os diferentes estilos de comunicação; ➤ Reconhecer e analisar os efeitos que cada um deles pode desencadear no interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seminário: “Os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo”; ➤ Dinâmica: Role-Play: Treino do estilo de comunicação assertivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador ➤ Projetor; ➤ Ficha de recordação; ➤ Cartões verdes; ➤ Folha de registo de presença.



Plano de Intervenção em Grupo

Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool
6ª Sessão: “Acordos e Desacordos”

Sessão n.º Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none">➤ Sessão n.º 6➤ 2014-05-07	<ul style="list-style-type: none">➤ “Acordos e Desacordos”➤ 1h00/1h30	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar a conhecer as diferentes formas e mecanismos de defesa.	<ul style="list-style-type: none">➤ Treinar a persuasão do outro e a defesa de ideias de forma assertiva;➤ Reconhecer a existência de opiniões diferentes e saber aceitá-las.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dinâmica: Acordos e desacordos.	<ul style="list-style-type: none">➤ Cartões com situações para Role-play;➤ Ficha de avaliação intermédia;➤ Ficha de recordação;➤ Cartões verdes;➤ Folha de registo de presença.



Plano de Intervenção em Grupo

Treino de Habilidades Sociais 2014

Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica

Grupo Álcool

7ª Sessão: “Saber ser assertivo perante a injustiça ou agressividade”

Sessão n.º Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none">➤ Sessão n.º 7➤ 2014-05-09	<ul style="list-style-type: none">➤ “Saber ser assertivo perante a injustiça ou agressividade”➤ 1h00/1h30	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar a conhecer os diferentes tipos de comportamento assertivo.	<ul style="list-style-type: none">➤ Reviver uma situação frustrante para treinar o comportamento assertivo em situações futuras;➤ Procura de respostas assertivas em casos específicos.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dinâmica: “Agora vai ouvir o que tenho a dizer”;➤ Dinâmica: “O que vai fazer o Ricardo?” .	<ul style="list-style-type: none">➤ Cadeiras;➤ Lápis;➤ Folhas A4;➤ História do Ricardo;➤ Ficha de recordação;➤ Cartões verdes;➤ Folha de registo de presença.

Plano de Intervenção em Grupo



Treino de Habilidades Sociais 2014
 Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
 Grupo Álcool
8ª Sessão: “Treino de Resolução de Problemas Interpessoais”

Sessão n.º Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessão n.º 8 ➤ 2014-05-14 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Treino de Resolução de Problemas Interpessoais” ➤ 1h00/1h30 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar a conhecer as diferentes formas e resolução de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar consciência dos primeiros passos da resolução de problemas, isto é, para resolver um problema é necessário primeiro compreendê-lo e depois procurar várias alternativas para o resolver; ➤ Tomar consciência das vantagens da não utilização da impulsividade quando estamos perante um problema. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinâmica: “Detetive em ação”; ➤ Dinâmica: “Já sei resolver problemas”. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficha: Detetive em Ação; ➤ Ficha: Já sei resolver problemas; ➤ Ficha de recordação; ➤ Cartões verdes; ➤ Folha de registo de presença.



Plano de Intervenção em Grupo

Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool
9ª Sessão: “Projeto de Vida”

Sessão n.º Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none">➤ Sessão n.º 9➤ 2014-05-16	<ul style="list-style-type: none">➤ “Projeto de Vida”➤ 1h00/1h30	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar a conhecer e elaborar um projeto pessoal de vida.	<ul style="list-style-type: none">➤ Explorar experiências profissionais anteriores;➤ Elaborar um projeto pessoal de vida.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dinâmica: “Experiências profissionais”;➤ Dinâmica: “Atividades preferidas”.	<ul style="list-style-type: none">➤ Quadro síntese das experiências profissionais;➤ Lista de atividades preferidas;➤ Ficha de recordação;➤ Cartões verdes;➤ Folha de registo de presença.



Plano de Intervenção em Grupo

Treino de Habilidades Sociais 2014
Centro de Solidariedade Projeto Homem – Comunidade Terapêutica
Grupo Álcool

10ª Sessão: “Entrevista de Emprego e Conclusão”

Sessão n.º10 Data	Nome Duração	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Procedimentos	Material
<ul style="list-style-type: none">➤ Sessão n.º 10➤ 2014-05-21	<ul style="list-style-type: none">➤ “Entrevista de Emprego e Conclusão”➤ 1h00/1h30	<ul style="list-style-type: none">➤ Promover estratégias para futuras entrevistas de emprego e concluir o programa.	<ul style="list-style-type: none">➤ Ensinar estratégias e posturas adequadas a ter numa entrevista de emprego;➤ Simulação de uma entrevista de emprego;➤ Avaliação da opinião dos elementos face a sua participação no programa;➤ Promoção da integração e generalização das aprendizagens efetuadas ao longo das sessões;➤ Conclusão do programa.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dinâmica: Simulação para cada um dos elementos;➤ Dinâmica: Avaliação do programa;➤ Dinâmica: Relaxamento;➤ Entrega recompensa (maior número de fichas verdes).	<ul style="list-style-type: none">➤ Ficha de avaliação do programa;➤ Ficha de recordação;➤ Presente livro “Garfield”;➤ Cartões verdes;➤ Folha de registo de presença.

Plano de Intervenção em Grupo



Nota: A intervenção em mediação foi desenvolvida de acordo, não só com os objetivos e os requisitos deste estágio mas também, de acordo com a estrutura e a dinâmica da valência da Comunidade Terapêutica. Deste modo, optou-se por fazer uma sessão por semana, às Quartas-feiras, sendo que assim se tem a oportunidade de dar continuidade à intervenção individual de cada utente.

Folheto do PTHS

Centro de Solidariedade
Social – Projecto Homem

“Programa de Treino de Habilidades Sociais”



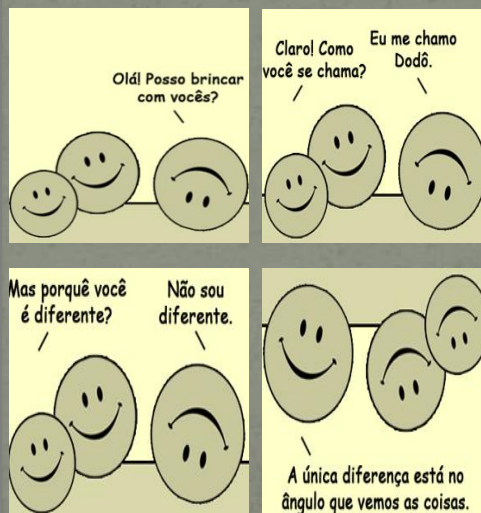
Estagiária:
Ana Louro Pereira

- **Destinatários:**

Utentes pertencentes ao
Centro de Solidariedade
Social – Projeto Homem
(Comunidade Terapêutica) –
Grupo álcool

- **Local:**

Sala de convívio



Comunicação

*Expressões
Faciais*

Posturas Corporais

*Mecanismos de
defesa*

*Comportamento
Assertivo*

*Resolução de
Problemas*

Projecto de Vida

Entrevista de Emprego

● Sessões:

- **Sessão 1:** “O Encontro”
- **Sessão 2:** “Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais”
- **Sessão 3:** “Ser Bom Ouvinte”
- **Sessão 4:** “Saber dar e receber elogios... e críticas”
- **Sessão 5:** “Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)”
- **Sessão 6:** “Acordos e Desacordos”
- **Sessão 7:** “Saber se assertivo perante a injustiça ou agressividade”
- **Sessão 8:** “Treino de Resolução de Problemas Interpessoais”
- **Sessão 9:** “Projeto de Vida”
- **Sessão 10:** “Entrevista de Emprego; Conclusão”

1ª Sessão: “O Encontro”

- **Objetivo Geral:** Fomentar a aliança terapêutica e apresentar os objetivos do Treino.
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

2ª Sessão: “Comunicação Não-verbal, Expressões Faciais e Posturas Corporais”

- **Objetivo Geral:** Sensibilizar e dar a conhecer a importância e os diferentes tipos de comunicação
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

3ª Sessão: “Ser Bom Ouvinte”

- **Objetivo Geral:** Evidenciar para a importância dos aspetos não-verbais
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

4ª Sessão: “Saber dar e receber elogios... e críticas”

- **Objetivo Geral:** Evidenciar para a importância do elogio na expressão de sentimento
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

5ª Sessão: “Conhecer os diferentes estilos de comunicação (agressivo, passivo e assertivo)”

- **Objetivo Geral:** Dar a conhecer os diferentes estilos de comunicação
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

6ª Sessão: “Acordos e Desacordos”

- **Objetivo Geral:** Dar a conhecer as diferentes formas e mecanismos de defesa
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

7ª Sessão: “Saber ser assertivo perante a injustiça ou agressividade”

- **Objetivo Geral:** Dar a conhecer os diferentes tipos de comportamento assertivo
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

8ª Sessão: “Treino de Resolução de Problemas Interpessoais”

- **Objetivo Geral:** Dar a conhecer as diferentes formas e resolução de problemas
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

9ª Sessão: “Projeto de Vida”

- **Objetivo Geral:** Dar a conhecer e elaborar um projeto pessoal de vida
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

10ª Sessão: “Entrevista de Emprego e Conclusão”

- **Objetivo Geral:** Promover estratégias para futuras entrevistas de emprego e concluir o programa
- **Tempo previsto:** 1h – 1h 30m

Entrevista semi-estruturada do PTHS

Intervenção em Grupo: “Treino de Habilidades Sociais”



Entrevista Semi-Estruturada

1 - Como te sentes na relação com os outros utentes na Comunidade Terapêutica?

2 - Em que sector te encontras neste momento? Gostas?

3 - Sentes que no teu sector existe condições para partilhar? E em que medida é que o fazes?

4 - Sentes-te ajudado pelos outros utentes no teu sector?

5 - Consideras este tipo de Intervenção em Grupo importante? Porquê?

6 - O que valorizas mais neste tipo de Intervenção em Grupo?

7 - Sentes que ajudas mais do que aquilo que és ajudado?

9 - Como te avalias a nível do teu grupo?

10 - Consideras as Habilidades Sociais como uma ajuda no teu processo terapêutico? De que forma?

Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del-Prette)

INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (IHS-Del-Prette)

Zilda A. P. Del Prette & Almir Del Prette

Instruções

Leia atentamente cada um dos itens que se seguem. Cada um deles apresenta uma ação ou sentimento (parte grifada) diante de uma situação dada (parte não grifada). Avalie a frequência com que você age ou se sente tal como descrito no item.

RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se uma dessas situações nunca lhe ocorreu, responda como se tivesse ocorrido, considerando o seu possível comportamento.

NA FOLHA DE RESPOSTAS, assinale, para cada um dos itens, um X no quadrinho que melhor indica a freqüência com que você apresenta a reação sugerida, considerando um total de 10 vezes em que poderia se encontrar na situação descrita no item.

Utilize a seguinte legenda:

- A. NUNCA OU RARAMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes)
- B. COM POUCA FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 4 vezes)
- C. COM REGULAR FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 5 a 6 vezes)
- D. MUITO FREQUENTEMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 7 a 8 vezes)
- E. SEMPRE OU QUASE SEMPRE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 9 a 10 vezes)

É IMPORTANTE QUE VOCÊ RESPONDA TODAS AS QUESTÕES.



Casa do Psicólogo ©2008

É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos direitos reservados.
Rua Simão Álvares, 1020 – Vila Madalena – São Paulo/SP
CEP: 05417-020 – Tel: (11) 3034-3600 – www.casadopsicologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação é impresso em cores.

Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3034-3600, ramais 212 ou 221.

1. Em um grupo de pessoas desconhecidas, fico à vontade, conversando naturalmente.
2. Quando um de meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas.
3. Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo
4. Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.
5. Quando um(a) amigo(a) a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, encontro um jeito de lembrá-lo(a).
6. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, faço menção a isso, elogiando-o(a) na primeira oportunidade.
7. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado(a), eu mesmo(a) me apresento a essa pessoa.
8. Mesmo junto a conhecidos da escola ou trabalho, encontro dificuldade em participar da conversação ("enturmar").
9. Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.
10. Em minha casa, expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos a meus familiares.
11. Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, eu exponho meu ponto de vista.
12. Se estou interessado(a) em uma pessoa para relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar conversação.
13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, fico encabulado(a) sem saber o que dizer.
14. Faço exposição (por exemplo, palestras) em sala de aula ou no trabalho, quando sou indicado(a).
15. Quando um familiar me critica injustamente, expresso meu aborrecimento diretamente a ele.
16. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, expresso verbalmente minha discordância.
17. Em uma conversação com amigos, tenho dificuldade em encerrar a minha participação, preferindo aguardar que outros o façam.
18. Quando um de meus familiares, por algum motivo, me critica, reajo de forma agressiva.
19. Mesmo encontrando-me próximo(a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversação.

20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, tomo a iniciativa de expressar-lhe meus sentimentos.
21. Ao receber uma mercadoria com defeito, dirijo-me até a loja onde a comprei, exigindo a sua substituição.
22. Ao ser solicitado(a) por um(a) colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, acabo aceitando mesmo achando que não devia.
23. Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.
24. Tenho dificuldade em interromper uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas.
25. Quando sou criticado de maneira direta e justa, consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando minha posição.
26. Em campanhas de solidariedade, evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.
27. Se um(a) amigo(a) abusa de minha boa vontade, expresso-lhe diretamente meu desagrado.
28. Quando um de meus familiares (filhos, pais, irmãos, cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso.
29. Na escola ou no trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado(a), faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.
30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.
31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas, cumprimento-as.
32. Ao sentir que preciso de ajuda, tenho facilidade em pedi-la a alguém de meu círculo de amizades.
33. Quando meu(minha) parceiro(a) insiste em fazer sexo sem o uso da camisinha, concordo para evitar que ele(a) fique irritado(a) ou magoado(a).
34. No trabalho ou na escola, concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.
35. Se estou sentindo-me bem (feliz), expresso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.
36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto dificuldade em manter um papo interessante.
37. Se preciso pedir um favor a um(a) colega, acabo desistindo de fazê-lo.
38. Consigo "levar na esportiva" as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito.



Casa do Psicólogo® ©2008

É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos direitos reservados.

Rua Simão Álvares, 1020 – Vila Madalena – São Paulo/SP

CEP.: 05417-020 – Tel.: (11) 3034-3600 – www.casadopsicologo.com.br

IHS-Del-Prette - FOLHA DE RESPOSTAS

DP202.8

Zilda A. P. Del Prette & Almir Del Prette

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: ____/____/____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M() F() Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Lateralidade: Destro () Sinistro () Ambidestro () Profissão: _____

Função: _____ Data da Aplicação: ____/____/____
dia mês ano

Aplicador: _____ Início: _____ Término: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____

assinatura

Item	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Item	A	B	C	D	E
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

IHS-Del-Prette

Protocolo de Apuração dos Resultados do Respondente (feminino)

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: _____ Cargo: _____
 Empresa ou Instituição: _____ Data: ____/____/____

Posição Percentil do Respondente

Escore Total =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F1 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F2 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F3 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F4 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F5 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100

Fator	Habilidades Avaliadas	Feminino Méd(dp)	Resultado Bruto					Resultado T
			0	1	2	3	4	
F1 - Enfrentamento e auto-afirmação com risco	21. Devolver mercadoria defeituosa	3.10(1.12)	*	*	*	*	*	
	16. Discordar do grupo	2.76(1.38)	*	*	*	*	*	
	15. Lidar com críticas injustas	2.76(1.32)	*	*	*	*	*	
	29. Fazer pergunta a conhecidos	2.71(1.25)	*	*	*	*	*	
	20. Declarar sentimento amoroso	2.61(1.36)	*	*	*	*	*	
	11. Discordar de autoridade	1.77(1.20)	*	*	*	*	*	
	14. Falar a público conhecido	1.88(1.46)	*	*	*	*	*	
	05. Cobrar dívida de amigo	1.62(1.40)	*	*	*	*	*	
	01. Manter conversa com desconhecidos	1.61(1.22)	*	*	*	*	*	
	12. Abordar para relação sexual	0.93(1.21)	*	*	*	*	*	
	07. Apresentar-se a outra pessoa	0.82(1.19)	*	*	*	*	*	
F2 - Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	03. Agradecer elogios	3.43(0.89)	*	*	*	*	*	
	28. Elogiar familiares	3.38(1.00)	*	*	*	*	*	
	08. Participar de conversação	3.32(1.01)	*	*	*	*	*	
	35. Expressar sentimento positivo	3.36(0.98)	*	*	*	*	*	
	30. Defender outrem em grupo	2.84(1.07)	*	*	*	*	*	
	06. Elogiar outrem	2.78(1.13)	*	*	*	*	*	
F3 - Conversação e desenvoltura social	10. Expressar sentimento positivo	2.57(1.30)	*	*	*	*	*	
	17. Encerrar conversação	3.04(1.05)	*	*	*	*	*	
	37. Pedir favores a colegas	2.86(1.12)	*	*	*	*	*	
	36. Manter conversação	1.19(1.10)	*	*	*	*	*	
	13. Reagir a elogio	2.78(1.18)	*	*	*	*	*	
	22. Recusar pedidos abusivos	2.25(1.36)	*	*	*	*	*	
F4 - Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	24. Encerrar conversa ao telefone	2.59(1.36)	*	*	*	*	*	
	19. Abordar autoridade	2.00(1.30)	*	*	*	*	*	
	23. Fazer pergunta a desconhecido	2.57(1.22)	*	*	*	*	*	
	26. Pedir favores a desconhecidos	2.51(1.37)	*	*	*	*	*	
F5 - Autocontrole da agressividade	09. Falar a público desconhecido	2.14(1.50)	*	*	*	*	*	
	14. Falar a público conhecido	1.88(1.46)	*	*	*	*	*	
	18. Lidar com críticas dos pais	2.52(1.32)	*	*	*	*	*	
	38. Lidar com chacotas	2.34(1.22)	*	*	*	*	*	
ITENS QUE NÃO ENTRARAM EM NENHUM FATOR	31. Cumprimentar desconhecidos	2.33(1.36)	*	*	*	*	*	()
	33. Negociar uso de preservativo	2.95(1.38)	*	*	*	*	*	
	02. Pedir mudança de conduta	2.90(1.29)	*	*	*	*	*	
	25. Lidar com críticas justas	2.69(1.19)	*	*	*	*	*	
	27. Expressar desagrado a amigos	2.26(1.37)	*	*	*	*	*	
	32. Pedir ajuda a amigos	2.67(1.32)	*	*	*	*	*	
	34. Recusar pedido abusivo	1.93(1.27)	*	*	*	*	*	
	04. Interromper a fala do outro	1.76(1.30)	*	*	*	*	*	

OBS. 1.: O Resultado T do item 14 é pontuado tanto no Fator 1 como no Fator 4.

OBS. 2.: O item 31 apresenta peso negativo no Fator 5 e, portanto, seu Resultado T deve ser subtraído dos demais itens desse fator.

OBS. 3.: Os itens em que médias do sexo feminino foram significativamente maiores que os do masculino estão indicados em vermelho (3, 28, 35); os itens em que as médias do sexo masculino foram significativamente maiores que as do sexo feminino estão indicados em azul (5, 7, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 25, 27, 36 e 38).



IHS-Del-Prette – Protocolo de Apuração dos Resultados do Respondente (masculino)

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: _____ Cargo: _____
 Empresa ou Instituição: _____ Data ____/____/____

Posição Percentil do Respondente

Escore Total =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F1 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F2 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F3 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F4 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100
Escore F5 =	01	03	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99	100

Fator	Habilidades Avaliadas	Masculino Méd(dp)	Resultado Bruto					Resultado T
			0	1	2	3	4	
F1 - Enfrentamento e auto-afirmação com risco	21. Devolver mercadoria defeituosa	3.28(1.08)	*	*	*	*	*	
	16. Discordar do grupo	2.80(1.21)	*	*	*	*	*	
	15. Lidar com críticas injustas	2.86(1.35)	*	*	*	*	*	
	29. Fazer pergunta a conhecidos	2.69(1.25)	*	*	*	*	*	
	20. Declarar sentimento amoroso	2.61(1.24)	*	*	*	*	*	
	11. Discordar de autoridade	2.70(1.12)	*	*	*	*	*	
	14. Falar a público conhecido	1.83(1.43)	*	*	*	*	*	
	05. Cobrar dívida de amigo	2.30(1.12)	*	*	*	*	*	
	01. Manter conversa com desconhecidos	1.53(1.12)	*	*	*	*	*	
	12. Abordar para relação sexual	2.36(1.36)	*	*	*	*	*	
F2 - Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	07. Apresentar-se a outra pessoa	1.59(1.23)	*	*	*	*	*	
	03. Agradecer elogios	3.20(1.09)	*	*	*	*	*	
	28. Elogiar familiares	3.17(1.05)	*	*	*	*	*	
	08. Participar de conversação	3.24(1.09)	*	*	*	*	*	
	35. Expressar sentimento positivo	2.89(1.11)	*	*	*	*	*	
	30. Defender outrem em grupo	2.68(1.10)	*	*	*	*	*	
F3 - Conversação e desenvoltura social	06. Elogiar outrem	2.68(1.22)	*	*	*	*	*	
	10. Expressar sentimento positivo	2.36(1.24)	*	*	*	*	*	
	17. Encerrar conversação	2.97(1.15)	*	*	*	*	*	
	37. Pedir favores a colegas	2.91(1.14)	*	*	*	*	*	
	36. Manter conversação	2.30(1.11)	*	*	*	*	*	
	13. Reagir a elogio	2.67(1.20)	*	*	*	*	*	
F4 - Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	22. Recusar pedidos abusivos	2.44(1.32)	*	*	*	*	*	
	24. Encerrar conversa ao telefone	2.59(1.32)	*	*	*	*	*	
	19. Abordar autoridade	2.14(1.11)	*	*	*	*	*	
	23. Fazer pergunta a desconhecido	2.52(1.25)	*	*	*	*	*	
F5 - Autocontrole da agressividade	26. Pedir favores a desconhecidos	2.32(1.40)	*	*	*	*	*	
	09. Falar a público desconhecido	2.32(1.41)	*	*	*	*	*	
	14. Falar a público conhecido	1.83(1.43)	*	*	*	*	*	
	31. Cumprimentar desconhecidos	2.45(1.28)	*	*	*	*	*	
ITENS QUE NAO ENTRARAM EM NENHUM FATOR	33. Negociar uso de preservativo	2.87(1.32)	*	*	*	*	*	
	02. Pedir mudança de conduta	2.75(1.43)	*	*	*	*	*	
	25. Lidar com críticas justas	2.59(1.03)	*	*	*	*	*	
	27. Expressar desagrado a amigos	2.50(1.23)	*	*	*	*	*	
	32. Pedir ajuda a amigos	2.67(1.29)	*	*	*	*	*	
	34. Recusar pedido abusivo	2.11(1.34)	*	*	*	*	*	
	04. Interromper a fala do outro	1.75(1.30)	*	*	*	*	*	

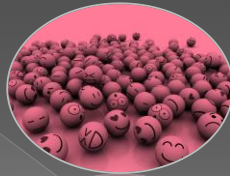
OBS. 1.: O Resultado T do item 14 é pontuado tanto no Fator 1 como no Fator 4.

OBS. 2.: O item 31 apresenta peso negativo no Fator 5 e, portanto, seu Resultado T deve ser subtraído dos demais itens desse fator.

OBS. 3.: Os itens em que médias do sexo feminino foram significativamente maiores que as do masculino estão indicados com 2 asteriscos (3, 28, 35); os itens em que as médias do sexo masculino foram significativamente maiores que as do sexo feminino estão indicados com 1 asterisco (5, 7, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 25, 27, 36 e 38).

Power Point Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

“ EMOÇÕES E SENTIMENTOS ”



Psicóloga Estagiária: Ana Louro Pereira
Data: 1 de Abril de 2014

Emoções

As Emoções



- **EMOÇÃO:** uma reação complexa a estímulos externos (mais frequentemente) e também a estímulos internos, que se traduz em reações fisiológicas, comportamentais, cognitivas, afetivas, sentimentais e em expressões faciais.

EMOÇÃO

- Como sabemos que estamos emocionados?
- Invariavelmente pelas sensações e movimentos que o nosso corpo produz: dor de barriga, um “frio no estômago”, chorar, rir sem parar, taquicardia, tremer, desmaiar, perder a voz, ficar “branco que nem cera” ou “vermelho de raiva...”.

EMOÇÃO

- As emoções são parte central do funcionamento bio-psicológico do homem e são necessárias, assim como a razão, nas tomadas de decisão, nos processos cognitivos (na percepção da realidade) e nos processos comunicativos, de forma a definir e ajustar as respostas do indivíduo ao ambiente em que se insere.

EMOÇÃO

- As emoções cumprem duas funções ao nível da biologia humana:
 - 1 - a primeira está relacionada com as reações básicas do indivíduo, perante determinada situação, as quais poderão ser de fuga, luta, imobilização ou comportamento agradável e de aceitação;
 - 2 - a segunda está diretamente ligada com a “regulação do estado interno do organismo”, por exemplo no caso de ser necessário uma fuga, será preciso um maior fluxo de sangue à área dos membros inferiores para uma melhor oxigenação.

TEORIA DAS EMOÇÕES

➤ Primeiramente vamos distinguir as emoções em:

❖ Primárias:

As primárias ou universais são consideradas as emoções mais antigas inscritas nas estruturas neurobiológicas do homem, são responsáveis pela sua sobrevivência enquanto indivíduo biológico.

ALEGRIA

TRISTEZA

MEDO

NOJO

SURPRESA

RAIVA

TEORIA DAS EMOÇÕES

❖ Secundárias:

São emoções relacionadas com a vida do homem enquanto ser social, são aprendidas em sociedade e relativamente mais recentes, quando comparadas com as primárias.

VERGONHA

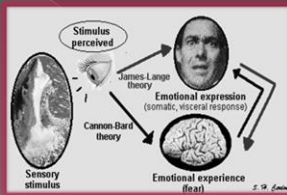
CIÚME

CULPA

E

ORGULHO

TEORIA CLÁSSICA DAS EMOÇÕES



Estímulo emocional;

Percepção e avaliação;

Desencadeamento e execução da emoção;

Estado emocional: alterações fisiológicas e reação específica.

Deteção das emoções

As emoções podem revelar-se através de:

- expressão facial;
- entoação vocal;
- gestos e movimentos;
- postura corporal;
- dilatação da pupila do olho;
- frequência respiratória;
- batimento cardíaco;
- sudorese cutânea;
- atividade muscular e pressão sanguínea.

Vídeo "Emoções"

- ◉ [Emoções.mp4](#)

As Emoções

- ◉ As **emoções** são um elemento muito importante no comportamento humano;
- ◉ Vamos tentar ver quais são as expressões emocionais em cada uma das imagens que se seguem;
- ◉ É uma forma de avaliarmos a nossa capacidade de **avaliação das emoções dos outros**.

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

ALEGRIA

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

SURPRESA

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

NOJO

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

RAIVA

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

MEDO

AVALIAR AS EMOÇÕES DOS
OUTROS



- ◉ Que emoção é exprimida neste rosto?

TRISTEZA

Sentimentos

SENTIMENTO

- **Sentimento**, por sua vez, é um processo mental relativamente estável, resultante da emoção. É uma experiência subjetiva dos afetos e das emoções; este processo distingue-se da emoção pelo seu carácter subjetivo e cognitivo e é inseparável dos valores. Um **sentimento** é privado (não observável pelos outros), ao contrário das emoções.
- O Ser Humano enquanto ser dotado de consciência, analisa, interpreta, organiza e reflete sobre os seus próprios **sentimentos**, isto é, constrói **sentimentos** a partir dos mesmos.

SENTIMENTO

- O sentimento é orientado para o interior, sendo que os sentimentos são gerados por emoções e sentir emoções significa ter sentimentos.
- O sentimento é:
 - ✓ mais duradouro que a emoção;
 - ✓ mais estável;
 - ✓ compreende mais emoções, por exemplo, amor é alegria, ânsia, excitação, raiva, medo, tristeza etc.

Vídeo "Sentimentos"

- ◉ [A ilha dos sentimentos_1.mp4](#)

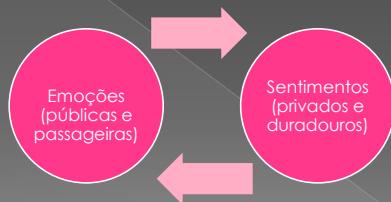
EMOÇÃO e SENTIMENTO

- ◉ Existem diferenças entre emoções e sentimentos?
- Podemos dizer que a emoção é orientada para o exterior, e possui os seguintes indicadores emocionais:
 - 1**-Fatores ambientais, por exemplo, um exame a fazer gera medo, um funeral provoca dor, o matrimônio infunde alegria;
 - 2**-Expressões faciais, que são inatas e estão presentes em todas as culturas;

EMOÇÃO e SENTIMENTO

- 3** – Resposta verbal, pois, com efeito, a emoção influi sobre o tom de voz, a velocidade do discurso, as palavras que são ditas;
- 4** – A postura que, se for correta, indica felicidade; se rígida, denota raiva ou medo; se afrouxada, tristeza;
- 5** – Respostas fisiológicas, pois a emoção ativa o Sistema Nervoso Autônomo, e as glândulas supra-renais segregam a adrenalina que pode provocar:
 - ✓ Aumento do ritmo respiratório;
 - ✓ Aumento do ritmo cardíaco;
 - ✓ Aumento da tensão muscular;
 - ✓ Aumento do açúcar no sangue;
 - ✓ Aumento da sudorese;
 - ✓ Diminuição da saliva;
 - ✓ Dilatação da pupila;
 - ✓ Aumento da pressão sanguínea.

Correlação Emoções/ Sentimentos



Emoções primárias e universais

- Partilhadas por indivíduos de todas as culturas e ligadas a processos neurais e fisiológicos específicos.
- Alegria;
- Tristeza;
- Medo;
- Raiva;
- Surpresa;
- Nojo.

Emoções secundárias e sociais

- Emoções associadas a relações sociais nas quais os aspectos socioculturais apreendidos são muito significativos.
- Vergonha;
- Ciúme;
- Culpa;
- Orgulho.

Emoções de Fundo

- Estamos perante emoções de fundo quando sem que uma única palavra tenha sido dita conseguimos detectar estados como o bem-estar, mal-estar, calma ou tensão.

Afetos



Afetos

- ❖ Existe, ainda, um terceiro conceito, o **afeto**. É bastante utilizado e aplicado ao longo da nossa vida e quotidiano, podendo ser empiricamente sinónimo de emoção ou sentimento.

Então o que é o **afeto**?

- ❖ O **afeto** é a sensação imediata e subjetiva que temos em relação a um objeto, pessoa ou situação. Logo, os afetos estão associados às emoções e sentimentos, mas não se confundem com eles.

Afetos



- ❖ Falar de **afetos** é falar da relação.
- ❖ A relação implica uma troca, em que se dá e se recebe, o que envolve sempre modificação dos elementos envolvidos. Nestas relações somos afetados pelos outros e afetamos-os.
- ❖ Os afetos que se estabelecem constroem a matriz da nossa vida pessoal e podem exprimir-se pelo amor mas também pelo ódio. A nossa sobrevivência psicológica baseia-se nas relações interpessoais.

Vídeo "Afetos"

- 📺 [Afeto.mp4](#)

Atividades

Atividade 1

- Identifica as emoções e sentimentos de que falamos, presentes nos ícones



- a) Alegria
- b) Raiva
- c) Tristeza
- d) Surpresa
- e) Nojo
- f) Medo

Atividade 2

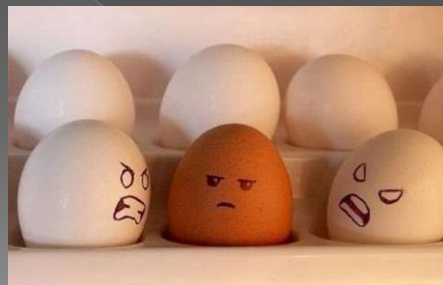
- O que representa para ti esta imagem?



Alegria

Atividade 2

- O que representa para ti esta imagem?



Raiva

Atividade 2

- O que representa para ti esta imagem?



Tristeza

Atividade 2

- O que representa para ti esta imagem?



Surpresa

Atividade 2

- O que representa para ti esta imagem?



Nojo

Atividade 2

- O que representa para ti esta imagem?



Medo

Conclusão

- Os sentimentos e emoções afetam todo o nosso organismo;
- Orientam o nosso comportamento;
- Como não é algo que podemos visualizar, é abstrato (muitas vezes temos dificuldade em identificá-los ou entendê-los e assim, organizá-los);
- Sentimos angústia, cansaço, uma grande confusão que nos impede até de pensar e, fugimos;
- Não queremos pensar e muito menos enfrentar, ainda que inconscientemente.

Conclusão

- O que distingue essencialmente **sentimento** de **emoção** é:
 - Enquanto o **sentimento** é orientado para o *interior*, a **emoção** é eminentemente *exterior*. Isto significa dizer que o indivíduo experimenta a **emoção**, da qual surge um "efeito" interno, o **sentimento**. Por outro lado, os **sentimentos** são gerados por emoções e sentir emoções significa ter **sentimentos**. **Sentimentos** e **emoções** relacionam-se muito perto um do outro e fazem parte da nossa vida, regulam o nosso estado interior na procura do equilíbrio.



Obrigado pela vossa atenção!

Estrutura/ Plano da Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Estrutura/ Plano da Ação de Formação

Tema: "Emoções e Sentimentos"	Data: 2014-04-01	Duração: 2h:00m
--------------------------------------	-------------------------	------------------------

Desenvolvimento da Sessão

	Conteúdo	Métodos/ Atividades	Material	Duração
Introdução	➤ Introdução ao Tema	➤ Power Point	➤ Computador ➤ Projetor	30 minutos
Desenvolvimento	➤ Emoções ➤ Como avaliar as Emoções dos outros ➤ A Teoria das Emoções ➤ A Teoria Clássica das Emoções ➤ Como detetar as Emoções ➤ Sentimentos ➤ Correlação das Emoções e dos Sentimentos ➤ Afetos	➤ Power Point ➤ Vídeo "Emoções" ➤ Vídeo "Sentimentos" ➤ Vídeo "Afetos"	➤ Computador ➤ Projetor	60 minutos
Conclusão	➤ Atividades ➤ Atividade n.º 1 ➤ Atividade n.º 2 ➤ Conclusão ➤ Debate	➤ Power Point ➤ "Atividades"	➤ Computador ➤ Projetor ➤ Questionário de Avaliação da Ação de Formação ➤ Certificado	30 minutos

Questionário de avaliação da Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

A sua opinião sobre a Ação de Formação reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência de futuras ações. Assim, solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa e, posteriormente, responda às outras questões abertas colocadas.

Não se aplica	Nada Satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório
0	1	2	3	4

Assinale com uma cruz (X)

	0	1	2	3	4
A. Domínio do tema tratado					
B. Motivação para a participação do grupo					
C. Relação com o grupo					
D. Interesse que despertou no grupo					
E. Clareza da comunicação					
F. Esclarecimentos às dúvidas colocadas					
G. Recurso a exemplos e exercícios para expor os temas					
H. Metodologia que facilitou a aprendizagem					
I. Utilidade prática dos conteúdos					

O que considerou mais importante nesta formação?

O que mais gostou?

O que menos gostou?

Sugestões para futuras formações?

Outros comentários.

Obrigado pela sua colaboração!

Certificado de Formação

Certificado

*Certifica-se que _____,
participou na Ação de Formação sobre "Emoções e Sentimentos", no
Centro de Solidariedade de Braga Projeto Homem, no dia 1 de
Abril de 2014, pelas 15:30 horas.*



Vídeos Ação de Formação “Emoções e Sentimentos”